

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LA METHODE DE KILLIAN POUR LA CURE RADICALE
DE L'EMPYÈME FRONTAL CHRONIQUE (1)

Par H. LUC.

Quelques-uns de mes collègues sachant que je me proposais de faire ici l'éloge de la nouvelle méthode proposée, cette année même, par le Dr Killian, pour la cure radicale d'une affection, au traitement de laquelle j'ai consacré moi-même de longues années d'études et de recherches, m'en ont exprimé leur étonnement, en raison du mauvais accueil que mes propres travaux avaient rencontré de la part de ce collègue étranger. C'était me mal connaître. Le cas de M. Killian n'est pas unique en Allemagne. Je crois pouvoir dire en effet, sans être taxé d'exagération, que ce pays a seul fait exception à l'approbation que les méthodes opératoires proposées par moi, tant pour le sinus maxillaire que pour le frontal, avaient obtenue de mes collègues Français et étrangers. Toutes les fois, qu'au cours d'une tournée en Allemagne, quelqu'un de mes amis s'enquérât de l'accueil rencontré par elles dans ce pays, on feignait de les ignorer, ou bien on en parlait avec un mépris mal déguisé, les traitant de méthodes non chirurgicales, et émettant des doutes à l'égard de mes résultats.

Intéressante remarque : cet état de choses dura jusqu'au jour où la méthode Caldwell-Luc nous revint d'Allemagne sous... un nom allemand !

Je reçus, en effet, il y a quelques mois, orné d'une aimable dédicace, qui marquait du moins l'inconscience de l'auteur, un tirage à part d'un article paru cette même année dans la

(1) Communication à la Société parisienne de laryngologie (novembre 1902).

Deutsche medicinische Wochenschrift, article signé du nom d'un professeur de Königsberg et portant comme titre : *MON opération pour la cure radicale de l'empyème maxillaire*.

Or, quel ne fut pas mon étonnement en lisant dans le travail en question, la description de mon propre procédé ! Non pas que ce dernier fût passé sous silence ; mais l'auteur prétendait l'avoir amélioré de deux façons : 1° en pratiquant l'hiatus artificiel au niveau du méat moyen au lieu de l'installer dans le méat inférieur ; 2° en curettant la muqueuse malade jusqu'à l'os, au lieu de se contenter comme moi (???) de gratter superficiellement les fongosités et de respecter la muqueuse !!!

Vous pourrez lire dans le n° 45 de la *Deutsche medicinische Wochenschrift* de cette année, une lettre ouverte adressée par moi à la direction de ce journal et dans laquelle je proteste contre un pareil plagiat, quelque inconscient qu'il soit.

Je fais remarquer, qu'ainsi qu'il ressort de ce que j'ai écrit sur ce sujet, il y a plus de deux ans, au lieu de me contenter de pratiquer un simple hiatus entre le sinus et la fosse nasale, je ne résèque pas moins d'un bon tiers de la paroi interne du sinus, de façon que, l'opération terminée, une vaste et définitive communication se trouve établie entre les deux cavités, et je montre qu'à ce point de vue mon collègue de Königsberg ne saurait prétendre avoir amélioré en rien ma méthode. Quant à la pratique qu'il m'impute, de me contenter, au cours du curettage du sinus, de gratter les fongosités en respectant la muqueuse sous-jacente, je le mets en demeure de citer un seul de mes écrits où j'aie décrit un pareil *modus faciendi* si contraire à ma pratique, et d'ailleurs si irréalisable, pour la bonne raison que, dans toutes les cavités osseuses suppurantes, muqueuse et fongosités ne font qu'un ..

Vous voudrez bien me pardonner cette longue digression, mais je tenais à faire remarquer une bonne fois que, bien que personne n'ait plus que moi, à toute occasion, contribué à faire connaître dans mon pays les travaux allemands ayant trait à notre spécialité et proclamé leur priorité, là où nous avions été devancés par eux, je n'ai pas trouvé chez eux la réciprocité à laquelle j'étais en droit de m'attendre.

Je suis heureux de montrer aujourd'hui par le présent travail, qu'ennemi de toutes représailles, je demeure résolu à continuer, comme par le passé, de contribuer à répandre dans notre pays toute méthode nouvelle, allemande ou autre, dont l'application puisse profiter à nos malades.

Il est parfois doux, et, dans tous les cas, toujours élégant de répondre par une parfaite courtoisie à... une courtoisie moindre.

Il y a plus de huit ans que j'ai donné la première description de ma méthode opératoire pour la cure radicale de l'empyème frontal, méthode pour la conception et l'exécution de laquelle j'avais été précédé, à mon insu, par Ogston, et qui, pour cette raison est généralement connue aujourd'hui sous la désignation : méthode Ogston-Luc.

Mon procédé ayant été favorablement accueilli, tant en France qu'à l'étranger, et très couramment appliqué depuis, un jugement porté aujourd'hui sur sa valeur ne saurait plus être considéré comme prématuré, et ce jugement, il ne me déplait pas de le formuler moi-même, en toute sincérité et comme s'il s'agissait de l'œuvre d'un autre.

Je commencerai donc par avouer très franchement que la méthode Ogston-Luc ne m'a pas donné satisfaction dans la totalité des cas où je l'ai employée.

Elle m'a paru positivement *idéale* dans trois ordres de cas : lorsque les dimensions du sinus sont limitées, surtout dans le sens transversal, tandis que le canal fronto-nasal est spacieux, d'autre part, quand le labyrinthe ethmoïdal est indemne de suppuration, enfin quand la sinusite, sans être positivement aiguë, ne remonte pas au delà de quelques mois.

Chez mon malade de l'observation n° 1, annexée à mon travail à un point de vue comparatif, cette dernière condition se trouvait réalisée. On ne peut dire que sa sinusite fût aiguë, puisque le début en remontait à au moins trois mois et que déjà la muqueuse du cornet moyen avait subi la dégénérescence myxomateuse, mais il n'y avait pas de signes subjectifs de rétention, et quand le sinus eut été ouvert, la muqueuse se montra à la vérité violacée, fongueuse et épaissie ; mais il n'y avait pas cette réplétion de la cavité sinusienne par des fongo-

sités, caractéristique des vieux empyèmes ; en outre, la muqueuse, une fois saisie avec de bonnes pinces plates, se laissa décortiquer dans sa totalité, ce qui me fit porter sans hésitation un pronostic des plus favorables pour le résultat de mon intervention. En fait, les suites de celle-ci furent infiniment simples : en un peu plus de deux mois toute trace de suppuration nasale avait disparu et une guérison radicale était obtenue au prix de l'insignifiante cicatrice que vous pouvez constater (*fig. 1*).

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ! Et trop souvent, les uns et les autres, nous avons eu l'occasion d'observer de ces cas où, en dépit d'une large ouverture et d'une minutieuse désinfection du foyer, nous assistons, aux environs du vingtième jour post-opératoire, alors que la plaie est déjà solidement cicatrisée, à des phénomènes de rétention purulente dans le foyer, ou à sa réinfection, en sorte que sa réouverture s'impose sans retard.

Un certain nombre d'opérateurs défavorablement impressionnés par la fréquence des accidents en question ont purement et simplement renoncé à notre méthode et sont revenus à la vieille pratique consistant à laisser la plaie frontale quelques temps ouverte, ce que nous considérons comme un recul peu recommandable. D'autres ont cherché à conserver le principe fondamental du drainage exclusivement nasal, en modifiant simplement le procédé. Une idée qui devait se présenter à l'esprit était celle de la suppression de la cavité sinusienne par la résection de la totalité de sa paroi osseuse antérieure et l'application du tégument sur la paroi profonde. Ainsi que le Dr Cauzard ⁽¹⁾ l'a nettement établi dans sa thèse inaugurale, cette idée nous était venue, et nous l'avions même appliquée une fois, avant que Kuhnt l'adoptât systématiquement. Mais tous ceux d'entre nous qui ont tenté cette résection savent bien qu'elle est absolument inexécutable dans les cas assez fréquents où la cavité du sinus se prolonge jusqu'au voisinage de la fosse temporale, d'autre part, que pour être

(1) Traitement radical des sinusites frontales chroniques, par le Dr Pierre Cauzard, Thèse de Paris, 1901.

complète elle exige le sacrifice de l'arcade orbitaire, ce qui entraîne une affreuse défiguration de l'opéré. Enfin, il me faut reconnaître que la méthode Ogston-Luc exécutée telle que je l'avais jusqu'ici décrite et pratiquée moi-même, la brèche osseuse ne dépassant pas inférieurement le niveau de l'arcade orbitaire, ne donne pas une voie d'accès commode ni suffisante vers le labyrinthe ethmoïdal antérieur, dans les cas non rares où celui-ci participe à la suppuration. J'avais bien cherché à combler cette lacune en faisant précéder mon intervention d'une destruction du cornet moyen et des lamelles ethmoïdales par voie nasale, à l'aide d'une instrumentation que j'aurai l'occasion de vous présenter ultérieurement, à propos d'un autre sujet de thérapeutique rhinologique ; mais mes tentatives sur le vivant, ainsi que mes recherches cadavériques, m'amènèrent bientôt à la conclusion que les cellules ethmoïdales les plus antérieures, celles qui bordent le canal fronto-nasal et qu'il est précisément le plus important d'atteindre en pareil cas, échappent presque infailliblement aux manœuvres de curettage intra-nasal.

Convaincu que les accidents de rétention mentionnés plus haut étaient la conséquence de l'obstruction du canal fronto-nasal par des fongosités, mon élève et ami M. Bellin, interne des hôpitaux, me suggéra, il y a quelques mois, l'idée d'assurer la perméabilité de ce conduit par l'introduction à son intérieur, avant la suture de la plaie, non plus d'un drain de caoutchouc, comme j'en avais employé au début de ma pratique, mais d'un tube rigide, métallique, destiné à opérer un véritable *tubage* du détroit fronto-nasal. Cette idée me séduisit, et nous fîmes construire par M. Vaast une série de tubes d'argent dont j'ai l'honneur de vous présenter ici quelques spécimens, reproduisant la courbure de la région, terminés inférieurement par une sorte d'anse permettant de les saisir et de les extraire, à un moment donné, à l'aide d'une pince, et supérieurement par une partie évasée, formée de deux lames pouvant s'écarter ou se rapprocher en vertu de leur malléabilité, de telle sorte que, après avoir maintenu le tube en place par le fait de leur écartement, elles se rapprochent naturellement lors d'une traction exercée inférieurement sur le tube et

peuvent franchir la partie la plus étroite du canal fronto-nasal.

Tout cela était fort bien en théorie, mais nous comptions sans une difficulté imprévue : les qualités physiques spéciales des sécrétions fronto-nasales post-opératoires, ayant tendance à se concréter sous forme de croûtes visqueuses essentiellement adhérentes et partant oblitérantes, en sorte qu'après avoir appliqué l'un de nos tubes chez notre malade de l'observation n° 1, et avoir eu la double satisfaction de constater qu'il tenait parfaitement en place et pouvait être facilement aperçu et extrait par la fosse nasale, nous remarquâmes qu'il s'en-crassait dès le cinquième jour, et force nous fut de l'extraire dès le huitième. Il était presque complètement obstrué par des croûtes de muco-pus concrété et serait facilement devenu un agent de rétention à l'inverse du rôle que nous l'avions appelé à jouer.

Notre première tentative de tubage fronto-nasal a donc été infructueuse. Mais nous ne désespérons pas de voir notre idée rendue pratique par quelque légère modification de technique.

J'en étais là de mes recherches, quand j'eus l'occasion de prendre connaissance de l'article publié cette année par le Dr Killian (de Fribourg en Brisgau) en collaboration avec son élève Krauss dans l'*Archiv für Laryngologie* et proposant une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale de l'empyème frontal chronique.

Je fus tout de suite séduit par la lecture de ce travail et j'eus l'impression que les modifications proposées par Killian à notre façon de faire comblaient dans la mesure du possible les desiderata signalés plus haut. Je commençai par essayer sa méthode sur le cadavre avec l'aide de mon chef de clinique, M. Bellin, et satisfait de nos essais, je résolus de l'appliquer au prochain malade que j'aurais à opérer.

Par le fait d'un hasard favorable, j'eus l'occasion de voir à ma clinique pendant la première quinzaine du mois de septembre dernier, trois malades atteints de sinusite fronto-maxillaire chronique.

En dépit d'essais cadavériques préalables, c'est toujours une tâche malaisée d'exécuter pour la première fois une méthode

opératoire, nouvelle, que l'on n'a pas vu pratiquer par un opérateur déjà familiarisé avec elle, et dont on n'a pu prendre connaissance que par une description. Il en résulte souvent des tâtonnements, ou une certaine timidité dans l'exécution, pouvant entraîner des complications post-opératoires, ou même un échec que l'on aurait mauvaise grâce à mettre sur le compte de la méthode elle-même. C'est là précisément ce qui m'arriva pour mon malade L... (obs. II), chez qui je crus pouvoir m'abstenir d'entamer l'apophyse montante du maxillaire ; d'où un curettage incomplet du labyrinthe ethmoïdal antérieur et un élargissement insuffisant du canal fronto-nasal, auxquels je crois devoir rapporter en toute justice les accidents de rétention qui éclatèrent un mois plus tard, et nécessitèrent une nouvelle intervention qui fut cette fois la mise en pratique minutieuse de la description de Killian et donna le résultat le plus satisfaisant.

Chez mes deux autres malades, Ch... et S... (obs. III et IV), le procédé de Killian fut d'emblée rigoureusement appliqué. Or, S. est radicalement guéri depuis plusieurs semaines et Ch. paraît manifestement en voie de guérison.

Je ne saurais évidemment prétendre à baser sur le présent travail un jugement personnel sur la méthode de Killian, puisque sur nos trois opérés un seul (S.) présente un tarissement complet des sécrétions post-opératoires ; pourtant je me crois autorisé à dire, dès maintenant, que mon impression est des plus favorables, car, si la suppuration du foyer n'est pas encore tarie, elle va chaque jour en diminuant ; il existe, en outre, chez mes trois opérés ⁽¹⁾, une rétraction du tégument frontal manifestement adhérent à la paroi osseuse profonde et que mon expérience m'a appris à considérer comme un excellent signe de guérison. Enfin, tant au cours de l'opération qu'au cours du traitement consécutif, j'ai pu apprécier les avantages indiscutables conférés par ce procédé et que je me propose d'énumérer chemin faisant.

⁽¹⁾ Revus avec soin, aujourd'hui, 25 novembre, pendant que ce travail est sous presse, nos trois opérés présentent tous les signes d'une complète guérison.

D'ailleurs, tout en vous signalant les avantages en question, mon but aujourd'hui est moins de juger la méthode de Killian que de vous la décrire, ou plutôt de vous faciliter la tâche de l'appliquer vous-mêmes sur vos malades, en vous faisant bénéficier de mes tâtonnements et des mesures complémentaires que j'ai cru devoir déjà y adjoindre.

Je commencerai par faire remarquer que le procédé de Killian est moins une méthode absolument originale que l'heureuse association de plusieurs procédés antérieurs.

A la méthode Ogston-Luc, Killian a emprunté l'occlusion immédiate de la plaie et le drainage exclusivement nasal ; à Jansen, la résection du plancher du sinus ; à Kuhnt et à nous même, la large résection de la paroi antérieure et l'application du tégument frontal sur la paroi osseuse profonde. Et ma remarque ne tend nullement à diminuer le mérite de l'auteur. C'en est un grand, en effet, que de prendre à plusieurs méthodes imparfaites ce que chacune a de bon, et de faire de leur association une sorte de procédé éclectique se rapprochant davantage de l'idéal poursuivi.

Comme ses devanciers, comme nous tous, Killian a poursuivi la réalisation de la suppression de la cavité sinusienne, mais précisément l'originalité de sa méthode consiste en ce que, au lieu de la demander à la résection soit de la paroi antérieure, soit du plancher du sinus, il la demande à la résection des deux, tout en respectant un pont de substance osseuse intermédiaire, correspondant à l'arcade orbitaire supérieure, qui se trouve jouer de la sorte le rôle d'un support pour le légument sourcilier, et empêche toute défiguration du visage à ce niveau.

On conçoit mal tout d'abord l'utilité de la résection du plancher sinusien. L'auteur l'explique par l'ascension, vers la cavité du sinus, du tissu graisseux de l'orbite, ascension due à l'élasticité de ce tissu et ayant pour effet de diminuer d'autant la cavité qu'il s'agit de combler. Nous avons pu constater la réalité du phénomène en question.

Quant à la résection de l'extrémité de l'apophyse montante qui n'est que le prolongement, jusqu'à ce niveau, de la résection du plancher sinusien, je dois la proclamer une excellente

inspiration de l'auteur, ayant pour effet de créer une large voie d'accès vers le labyrinthe ethmoïdal qu'il s'agit de détruire et située exactement en face de lui.

Bien que vous ne puissiez évidemment trouver de meilleure description de la méthode de Killian que dans l'article signé de lui, je vous demande la permission de vous en résumer ici les temps successifs, d'autant plus que j'aurai ainsi l'occasion de vous signaler, chemin faisant, quelques détails de pratique que j'ai cru devoir y adjoindre, soit pour en faciliter l'exécution, soit pour en assurer davantage le succès.

PREMIER TEMPS

Incision cutanée, hémostase cutanée, rugination des lèvres de la plaie.

K. s'abstient de raser le sourcil. Je ne vois pas l'avantage de cette réserve. Il se contente d'une longue mais simple incision longeant tout le sourcil, puis la partie médiane supérieure du dos du nez, et descendant enfin sur le côté de cet organe correspondant à celui de la lésion, jusqu'à la joue. Il m'a paru utile d'adjoindre à cette incision une autre, menée de sa partie moyenne vers la racine des cheveux, dans les cas d'extension anormale de la cavité sinusienne dans le sens vertical. C'est ce que j'ai fait chez mes deux opérés, L. et S., (fig. 2 et 4) obtenant ainsi un effacement complet de l'angle de réunion supérieure des parois antérieure et profonde du sinus.

DEUXIÈME TEMPS

Résection de la paroi antérieure.

Rien de particulier à en dire, sinon que cette résection doit être aussi étendue que possible. Chez mon opéré L. (obs. II), la complète ablation de la paroi en question était absolument

irréalisable, la cavité sinusienne se prolongeant jusqu'à la fosse temporale et devenant de plus en plus profonde, par le fait de l'épaississement progressif de la paroi osseuse antérieure dans cette direction. Suivant la nouvelle méthode proposée par Killian, cette résection de la paroi antérieure doit s'arrêter à un demi-centimètre environ du rebord orbitaire, de façon à ménager l'existence du pont osseux destiné à séparer les deux brèches.

TROISIÈME TEMPS

Création de la brèche osseuse inférieure.

Cette brèche doit porter, d'une part, sur le plancher du sinus, d'autre part, se prolonger inférieurement aux dépens de l'extrémité supérieure de l'apophyse montante du maxillaire. Suivant la technique fort bien conçue et exposée par l'auteur, la résection du plancher sinusien se pratique successivement de deux façons : en partie de bas en haut, le contenu de l'orbite étant abaissé au moyen d'un large écarteur, en partie de haut en bas, c'est-à-dire de l'intérieur du sinus largement ouvert antérieurement, vers l'orbite, dont le contenu peut être protégé contre les coups de gouge au moyen d'une spatule ou d'un écarteur glissé sous l'arcade orbitaire et jouant le rôle d'un protecteur ⁽¹⁾. Il importe d'agir avec précaution au voisinage de la poulie du grand oblique, dont il est bon de s'être bien remémoré la situation exacte par des recherches cadavériques préalables.

Quant à la résection de l'apophyse montante, elle n'offre pas de difficultés spéciales. L'auteur recommande, la paroi osseuse une fois traversée à ce niveau, de ménager la muqueuse nasale destinée à être ensuite rabattue vers la cavité frontale, en vue d'en amorcer l'épidermisation. Je confesse

⁽¹⁾ K. conseille pour cette dernière manœuvre de se tenir derrière la tête de l'opéré.

en toute sincérité que ce point est le seul dont je n'aie pas saisi l'exécution dans la description de l'auteur. Je ne vois pas, en effet, comment le lambeau de muqueuse correspondant à l'apophyse montante peut être rabattu dans le sinus, sans que sa surface superficielle devienne la profonde, à moins qu'on ne le torde sur son pédicule. Au surplus, il m'a paru que ce détail de technique était une de ces concessions que tout auteur se croit tenu de faire aux idées de son pays et de son temps, sans préjudice d'ailleurs pour le malade. Il est admis très généralement en Allemagne que les cavités osseuses suppurantes ne peuvent guérir sans cette fameuse application de lambeaux tégumentaires ou muqueux, qui peut seule amorcer l'épidermisation désirée. J'avouerai que c'est là une théorie que j'ai complètement cessé de partager depuis que mes collègues et moi-même avons guéri la très grande majorité de nos empyèmes maxillaires par l'ouverture buccale large, suivie de la désinfection rigoureuse du sinus et sa mise en large communication avec la fosse nasale correspondante. Il est clair que l'épithélium nasal a, dans ces conditions, toutes facilités pour gagner la cavité opérée, sans qu'il soit nécessaire d'y appliquer des lambeaux. Nous savons, d'ailleurs, aujourd'hui que ce n'est pas ainsi que les choses se passent, au moins pour le sinus maxillaire, et que la guérison de l'empyème s'y réalise à la faveur d'une formation exubérante de tissu fibreux qui vient peu à peu combler la cavité sinusienne. Dans tous les cas, ce fait suffit pour infirmer la loi qui représente l'épidermisation comme la *conditio sine quâ non* de la guérison des empyèmes des cavités osseuses.

Il y avait longtemps que je cherchais une occasion de dire ma pensée sur cette question de l'épidermisation curatrice : vous me pardonnerez de l'avoir saisie dans cette courte digression.

QUATRIÈME TEMPS

Curettage des fongosités. — Destruction des cellules ethmoïdales et élargissement du canal fronto nasal.

Je n'ai rien de spécial à vous dire ici relativement au curettage des fongosités, manœuvre dont nous connaissons tous l'importance pour nous préserver des récidives. Mais je dois vous faire remarquer que la résection de l'apophyse montante du maxillaire donne les plus grandes facilités pour poursuivre cette manœuvre dans le canal fronto-nasal. Ici d'ailleurs le curettage se complique et se double de la destruction de toutes les parties accessibles du labyrinthe ethmoïdal. Cette dernière tâche se trouve déjà simplifiée lors de l'opération, si l'on a eu soin, comme l'auteur le recommande, et comme j'ai toujours eu moi-même pour principe de le faire, de pratiquer par voie nasale, un ou deux jours auparavant, la résection de la partie antérieure du cornet moyen. Pour la destruction des autres parties de l'ethmoïde je ne saurais trop répéter que l'ouverture faite au niveau de l'extrémité supérieure de l'apophyse montante représente une voie d'accès vraiment idéale. L'on a alors positivement sous les yeux les lamelles osseuses friables qu'il s'agit de détruire, et il suffit d'y promener une forte curette parallèlement au plancher du crâne, qui forme un plan résistant que la curette, même maniée avec une certaine force, ne risque pas d'entamer.

La curette a encore une autre tâche à remplir par cette même voie : celle de faire communiquer largement le foyer frontal avec la fosse nasale, à la faveur d'un élargissement suffisant du canal fronto-nasal obtenu par la destruction des cellules ethmoïdales limitrophes de ce canal. J'ai adopté pour ce temps de l'opération, et je ne saurais trop vous le recommander, l'introduction du petit doigt dans la fosse nasale (le côté du doigt correspondant à celui du sinus) servant de guide pour la manœuvre de la curette ou de la gouge, et

permettant de mesurer l'élargissement obtenu. C'est ainsi que je ne me déclare satisfait que lorsque mon doigt apparaît enfin à la partie inférieure de la brèche frontale, et se meut à l'aise dans le canal, le long des parois lisses. Ce temps de l'opération fut réalisé d'une façon idéale lors de ma seconde opération chez le malade L. (obs. II). Chez cet opéré, quand le doigt eut été retiré, on pouvait, en plongeant le regard de haut en bas par la brèche osseuse, en s'aidant du photophore électrique, embrasser une grande étendue de la fosse nasale, et l'air, tant inspiré qu'expiré, traversait largement le canal devenu presque rectiligne. J'ai d'ailleurs constaté chez mes trois opérés que, plus d'un mois après mon intervention, rien n'était plus facile que de faire pénétrer chez eux par voie nasale un stylet recourbé portant un fort tampon d'ouate enroulé autour de son extrémité, dans le foyer frontal, jusque sous la peau du front, et j'ai profité de cette particularité pour pratiquer chez eux des badigeonnages de la seule partie du foyer non occluse, avec un tampon d'ouate imprégné de solution iodée ou d'eau oxygénée.

CINQUIÈME ET DERNIER TEMPS

La suture de la plaie.

Ce temps peut être précédé de l'introduction d'une longue mèche de gaze iodoformée dans la partie inférieure du foyer qui échappe à nos efforts d'occlusion. Cette mèche repose inférieurement sur le tissu adipeux de l'orbite qui a fait hernie à travers l'ouverture du plancher du sinus, et plonge de là dans le canal fronto-nasal jusqu'à l'entrée de la narine. En l'absence de fièvre, elle peut être laissée en place de cinq à six jours.

J'ai été surpris de ne pas trouver dans l'article de Killian le conseil d'appliquer, immédiatement, après l'opération un pansement compressif, installé de telle façon que la pression soit concentrée au niveau de la perte de substance osseuse

antérieure. C'est en effet là le plus sûr moyen d'obtenir cette adhérence du tégument à la paroi osseuse profonde qui est la *conditio sine qua non* de la suppression de toute la partie supérieure de la cavité sinusienne et donne les plus grandes chances de guérison. J'attache, pour mon compte, tant d'importance à ce pansement compressif que j'exige des malades qu'ils continuent de le porter pendant plusieurs semaines après la complète cicatrisation de leur plaie. Et, lorsque je leur permets enfin de le quitter, je le remplace par une application de plusieurs lamelles de gaze alternant avec autant de couches de collodion, cette substance ayant le double effet de protéger la cicatrice et de favoriser la rétraction du tégument.

Killian ne parle pas non plus dans son article de la nécessité d'aucun traitement nasal consécutivement à l'opération. Il m'a paru, cependant, que certaines manœuvres intranasales post-opératoires avaient leur utilité pour prévenir, dans la mesure du possible, les accidents de rétention.

Avant d'entrer dans le détail de ces manœuvres, je tiens à dire que je considère comme excellente et parfaitement rationnelle la recommandation faite par l'auteur, de faire coucher les malades, pendant les semaines qui suivent l'opération, de préférence sur le côté du corps opposé à celui du sinus opéré. C'est évidemment là un moyen des plus simples de favoriser l'écoulement des sécrétions pathologiques; mais je vous rappelle que nous avons affaire ici à un pus d'une consistance toute spéciale, du fait de son mélange avec le mucus nasal, dont il tire une forte viscosité et une tendance à se concréter sous forme de croûtes épaisses, pouvant fort bien causer l'obstruction du canal fronto-nasal, le mieux élargi. En considération de ce fait, j'ai cru devoir m'astreindre à soumettre mes opérés, tout le temps que dure avec quelque intensité l'écoulement muco-purulent en question, tous les jours, ou au moins tous les deux jours, à la série des manœuvres suivantes, par voie rhinoscopique antérieure :

Tout d'abord, comme ils ont été tous sans exception opérés d'empyème maxillaire, en même temps que de leur empyème frontal, tous présentent une large communication naso-

maxillaire dont je profite pour pratiquer un lavage de leur antre, qui entraîne déjà les croûtes accumulées au niveau du méat moyen. Ensuite, au moyen d'une longue pince munie de mors articulés, je saisis et extrais une à une toutes les croûtes qui ont échappé au lavage précédent. Enfin, je profite de l'élargissement du canal fronto-nasal pour y introduire jusque sous la peau du front un stylet courbe, portant, enroulé autour de son extrémité, un tampon d'ouate imbibé, soit d'eau oxygénée, soit d'une solution iodo-iodurée. Je suis de la sorte assuré que le foyer se vide chaque jour régulièrement et que le malade est à l'abri de ces accidents de rétention que nous étions, il faut l'avouer, avec la méthode Ogston-Luc, le plus souvent impuissants à prévenir.

On voit, d'ailleurs, vers la fin de la troisième ou quatrième semaine la formation des croûtes diminuer sensiblement et les manœuvres que je viens de décrire peuvent être à leur tour raréfiées.

Avant de passer à l'exposé des observations de mes opérés que j'ai abrégées le plus possible, afin de ne pas fatiguer votre attention par des détails superflus, permettez-moi de résumer ici en quelques courtes propositions les principaux avantages qui me semblent avoir été réalisés par la méthode opératoire qui fait l'objet du présent travail :

1° La méthode de Killian, mieux qu'aucune de celles qui l'ont précédée, réalise notre tendance à la suppression de la cavité du sinus frontal par les résections combinées de la paroi antérieure et du plancher de ce sinus.

2° Grâce à la conservation d'un pont osseux correspondant à l'arcade orbitaire supérieure, elle n'occasionne aux opérés qu'une minime défiguration.

3° Grâce à l'ouverture de l'apophyse montante du maxillaire, elle donne une voie d'accès idéale vers le labyrinthe ethmoïdal.

4° Par suite de la destruction complète des cellules ethmoïdales antérieures ainsi obtenue, on réalise le plus grand élargissement possible du canal fronto-nasal, qui demeure perméable à nos instruments après l'opération et leur permet, au prix d'une légère courbure, de pénétrer avec la plus grande facilité jusque sous le tégument du front. D'où la suppression

du danger des accidents de rétention purulente post-opératoire.

Je viens de vous exposer avec toute l'impartialité possible les avantages que le procédé de Killian me paraît présenter comparativement à ma propre méthode. Je crois avoir maintenant le devoir de vous en signaler les quelques inconvénients.

Il est d'abord de toute évidence, qu'au point de vue de l'esthétique, la longue incision qu'elle nécessite en plein visage entraîne une défiguration beaucoup plus sensible que celle inhérente à la méthode Ogston-Luc, dont la plus grande longueur se dissimule dans le sourcil. Il vous suffira de jeter successivement les yeux sur les cicatrices de mes divers opérés pour vous convaincre combien, à ce seul point de vue, le résultat obtenu chez le malade 1 est supérieur à celui réalisé chez les trois autres.

Je dois, d'autre part, vous faire remarquer que l'opération est notablement plus délicate à exécuter, particulièrement au voisinage du globe oculaire, plus laborieuse et plus longue que la nôtre, et qu'elle expose à des complications oculaires. La conclusion pratique, toute simple à tirer de cette comparaison, est qu'il serait tout à fait irrationnel de prétendre substituer dans tous les cas l'une des méthodes à l'autre. Puisque la méthode Ogston-Luc est d'une exécution plus facile et qu'elle entraîne une moindre défiguration, ne sera-t-il pas logique de toujours commencer par elle, surtout quand l'ouverture de la table antérieure du sinus aura révélé de faibles dimensions de celui-ci ? On en serait quitte pour recourir à la méthode de Killian en cas d'insuccès. Mais j'admets fort bien qu'il serait parfaitement indiqué d'y recourir d'emblée dans le cas d'un sinus très étendu, surtout dans le sens transversal, ou bien dans le cas de participation indiscutable du labyrinthe à la suppuration, ou bien encore dans une de ces circonstances particulières où l'on doit se préoccuper de certaines considérations extra-médicales, par exemple quand on a à faire à un malade forcé de quitter promptement la résidence où aura lieu l'opération, pour se rendre dans un pays lointain dans lequel les soins d'un spécialiste, en cas de com-

plications, lui feraient défaut. Il est évident qu'en pareil cas toute considération doit tomber devant la nécessité d'une guérison d'emblée radicale et définitive.

OBSERVATION I

Empyème fronto-maxillaire chronique, gauche, traité et guéri par la méthode Ogston-Luc.

M. Tip..., 44 ans, vient me consulter le 26 juin dernier pour un écoulement de pus par la fosse nasale gauche, qu'il dit avoir noté depuis trois mois environ. Pas de cause appréciable. Pas de douleur frontale, ni spontanée, tant à la pression qu'à la percussion. A la rhinoscopie, pus dans le méat moyen ; dégénérescence myxomateuse de la muqueuse du méat moyen.

Éclairage électrique intra-buccal. — La pupille gauche et la région sous-orbitaire du côté gauche restent sombres.

Éclairage électrique sous-frontal. — La moitié gauche du front s'éclaire, mais moins bien que la moitié droite.

Diagnostic. — Empyème maxillaire gauche avec participation problématique du sinus frontal.

Je décide de commencer par opérer le sinus maxillaire et de réserver la conduite à tenir relativement au sinus frontal.

5 juillet. — Le sinus maxillaire est opéré suivant la méthode Caldwell-Luc. Il était rempli de pus fétide et ses parois étaient tapissées de fongosités.

19 juillet. — Le malade momentanément soulagé se plaint de moucher de nouveau du pus fétide.

Effectivement la rhinoscopie montre du pus crémeux dans le méat moyen. Ce pus se reproduit rapidement après le lavage du sinus maxillaire. La coïncidence d'un empyème frontal se trouve donc établie.

La résection de la tête du cornet moyen et des fongosités que présentait sa muqueuse n'ayant pas amené d'amélioration, l'ouverture du sinus frontal est décidée.

Opération Ogston-Luc, le 26 juillet. — Après incision sourcilière, le sinus frontal est ouvert à la région frontale inférieure. Il est trouvé rempli de pus crémeux fétide. La muqueuse est très épaissie et fongueuse, mais il n'y a pas, à proprement parler, réplétion de la cavité sinusienne par des fongosités. Ces particuli-

tés expliquent rétrospectivement l'absence de douleurs frontales, puisqu'il n'y avait pas de rétention purulente, et aussi le demi-résultat de l'éclairage sous-frontal.

Le curettage du sinus s'opère de la façon la plus simple, la muqueuse saisie avec une bonne pince à mors larges se laissant décortiquer en masse et tout d'une pièce.

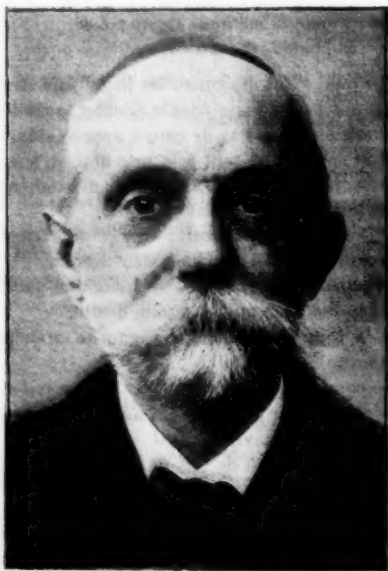


Fig. 1

Les dimensions du sinus n'étant pas très considérables, je me contente d'une brèche ayant à peu près le diamètre d'une pièce de 1 franc.

Lavage de la cavité sinusienne avec une solution phéniquée à 1/20, puis installation dans le canal fronto-nasal d'un drain d'argent construit par M. Vaast sur nos indications.

Plaie réunie par première intention, au moyen de deux plans de suture. Pansement avec gaze stérilisée.

Je m'assure par la rhinoscopie que l'extrémité inférieure du drain est aperçue dans le méat moyen, grâce à la résection de la tête du cornet. D'ailleurs, pour plus de sûreté, un fil de soie a été fixé à son extrémité inférieure et amené au dehors de la narine.

2 août. — Plaie bien réunie, crins de Florence enlevés. Le tube d'argent paraissant obstrué par des croûtes de muco-pus est enlevé facilement à l'aide d'une longue pince, le fil de soie ayant été jugé inutile et supprimé précédemment.

Simple pansement collodionné sur le front.

26 août. — Le malade accuse encore une légère sensation de fétidité nasale. La rhinoscopie montre un peu de pus crémeux à la partie antérieure du méat moyen, et du tissu fongueux alentour.

29 août. — Extraction de ce tissu fongueux au moyen d'une pince plate, coupante, spéciale.

2 septembre. — Le malade se déclare débarrassé de toute sensation de mauvaise odeur, et la rhinoscopie ne révèle plus de pus dans le méat moyen.

D'autre part, les derniers lavages pratiqués dans le sinus maxillaire n'y ont plus montré trace de suppuration.

OBSERVATION II

Sinusite fronto-maxillaire chronique, droite. Prolongement du sinus vers la fosse temporale, séparé de la cavité principale par une cloison incomplète. Application partielle de la méthode de Killian à l'empyème frontal; symptômes de rétention purulente et de réinfection du sinus frontal un mois après l'opération. Cette fois, application rigoureuse de la méthode de Killian suivie de guérison.

M. L., 40 ans, employé d'octroi. Le début de son affection pourrait bien remonter à plus de deux ans, car, dès cette époque, il se fit extraire des polypes de la fosse nasale droite; toutefois il n'accuse d'écoulement nasal fétide que depuis environ quatre mois.

Il se présente à ma clinique à la fin d'août de cette année.

Rhinoscopie antérieure. — Méat moyen droit occupé par myxomes et pus crémeux.

Éclairage électrique. — La pupille gauche et la moitié gauche du front se laissent seules transluminer.

5 septembre. — Au moyen de mes pinces coupantes plates et larges, extraction rapide, par voie nasale, des myxomes, ainsi que de la tête du cornet moyen et de toute la partie accessible par cette voie du labyrinthe ethmoïdal.



Fig. 2

43 septembre. — Dans la même séance, sinus maxillaire opéré par la méthode Caldwell-Luc, et sinus frontal opéré par la méthode de Killian incomplètement appliquée.

L'incision cutanée, après avoir longé la région sourcilière préalablement rasée, est menée sur le tiers supérieur de la ligne médiane du dos du nez, mais ne descend pas sur le côté droit de cet organe, jusqu'à la joue.

J'arrive, après rugination et écartement au maximum des lèvres

de la plaie, à découvrir le tiers inférieur de la paroi antérieure du sinus, une partie de la paroi supérieure de l'orbite, enfin la suture des os propres du nez avec le frontal.

Je commence par ouvrir la paroi antérieure du sinus immédiatement en dedans de l'extrémité interne du sourcil, et le trouvant rempli de pus et de fongosités, je poursuis le plus loin possible la résection de cette paroi de bas en haut sans adjonction d'une autre incision cutanée, de façon à atteindre la limite supérieure du sinus, à peu près à égale distance entre le sourcil et la racine du cuir chevelu.

Une seconde brèche est faite au niveau du plancher du sinus, à partir de la suture fronto-nasale et poursuivie de dedans en dehors, jusqu'à ce que le tiers interne du plancher environ soit retranché.

Recherchant au moyen d'un stylet la limite du sinus en dehors, je rencontre d'abord, vers le milieu du sourcil, une paroi résistante qui me fait croire que j'ai atteint cette limite et que le sinus s'étend peu loin dans cette direction ; mais un examen plus attentif me convainc bientôt que la paroi en question n'est qu'une cloison incomplète derrière laquelle se dissimulait une sorte de sinus supplémentaire se prolongeant sous une épaisseur d'os de plus en plus considérable jusqu'à la région temporale. Cette cloison est complètement enlevée, et dans le prolongement sinusien qu'elle dissimulait, je trouve du pus grumeleux ressemblant à du mortier et des fongosités. La résection de la table antérieure du frontal est alors poursuivie de dedans en dehors, au-dessus de l'arcade sourcilière, dans l'espoir de supprimer aussi dans cette direction la cavité sinusienne ; mais j'acquies bientôt la conviction que ce but est impossible à atteindre, l'épaisseur d'os à enlever devenant de plus en plus considérable au fur et à mesure que l'on se rapproche de la région temporale. Conformément au principe de la méthode de Killian, la brèche frontale antérieure et l'inférieure se trouvent séparées par un pont de substance osseuse correspondant à l'arcade orbitaire.

Je procède alors par l'extrémité inférieure des deux brèches au curettage des fongosités contenues dans le détroit fronto-nasal et dans les cellules ethmoïdales antérieures. Mon petit doigt droit introduit par la narine guide ces manœuvres, et je réusis, du fait de l'élargissement du canal fronto-nasal, à en faire pénétrer l'extrémité jusqu'à la partie inférieure de la brèche sous-orbitaire.

Lavage du foyer avec l'eau oxygénée très chaude, puis avec une solution phéniquée à 1/20. Insufflation d'iodoforme. Pas de drain,

ni de mèche de gaze dans le canal fronto-nasal. Réunion immédiate de la plaie. Pansement compressif.

Température axillaire, 38°, le soir de l'opération. Pas de fièvre les jours suivants.

19 septembre. — Je lève et renouvelle le pansement après avoir retiré tous les points de suture sauf les deux plus médians. La plaie est réunie. Chaque jour j'enlève avec soin les croûtes visqueuses qui se forment en abondance dans la région du canal fronto-nasal.

9 octobre. — Je revois le malade après une absence de huit jours. Pendant cet intervalle, le nettoyage des croûtes nasales n'a pas été fait. C'est peut-être à cette particularité qu'il faut attribuer les premiers phénomènes de rétention que le malade commence à accuser dans son foyer. Il se plaint d'une sensation de gonflement palpébral, et je note effectivement un léger œdème à ce niveau. Je m'applique à extraire très soigneusement les croûtes qui encombrant le canal fronto-nasal.

10 octobre. — L'œdème palpébral a augmenté et gagné les paupières de l'œil gauche. En exerçant une pression sur le tégument situé au-devant de la brèche osseuse antérieure qui n'est pas resté déprimé, je provoque l'expulsion de pus épais dans la fosse nasale. Je cherche à dégager le canal fronto-nasal des fongosités qui s'y montrent au moyen d'une curette nasale, et je décide, qu'en cas de persistance du gonflement fronto-palpébral, le foyer sera réouvert le surlendemain.

12 octobre. — Non seulement l'œdème persiste, mais les téguments commencent à rougir à la racine du nez, indiquant un début d'infection de leur tissu. Il n'y a donc pas de temps à perdre, si l'on veut pouvoir encore obtenir une réunion immédiate de la nouvelle plaie, et je procède sur-le-champ à une nouvelle intervention.

Cette fois, la méthode de Killian est rigoureusement appliquée. Longue incision cutanée, courbe, allant de l'extrémité externe du sourcil jusque sur le côté droit du nez, après avoir longé la moitié supérieure de sa partie médiane. A cette incision j'en adjoins une seconde partant de sa partie médiane et s'élevant jusqu'au cuir chevelu. Tous les lambeaux étant fortement écartés après rugination : 1° la brèche antérieure est agrandie de telle sorte supérieurement que la paroi profonde du sinus se continue en pente douce avec la surface externe du crâne ; 2° je résèque la plus grande partie du plancher du sinus avec la gouge et le maillet, d'abord de bas en haut, après écartement du contenu de l'orbite, au moyen

d'un large écarteur, puis de haut en bas, par la brèche antérieure, et en me tenant derrière la tête du malade, tandis qu'un aide maintient une petite spatule, en guise de protecteur, entre l'arcade orbitaire et le contenu de l'orbite, afin de protéger ce dernier contre des échappées, possibles, de la gouge ; 3° la partie supérieure de l'apophyse montante du maxillaire est ouverte cette fois avec la gouge, par prolongement de l'ouverture du plancher du sinus jusqu'à ce niveau, et par cette voie j'obtiens une destruction plus complète du labyrinthe ethmoïdal que la première fois, ainsi qu'un élargissement plus considérable du canal fronto-nasal, de telle sorte que le petit doigt pénètre par là avec la plus grande facilité jusqu'à la brèche supérieure, et qu'après l'avoir retiré l'on entend l'air passer largement et avec bruit pendant l'inspiration et l'expiration, de la fosse nasale à travers les brèches faites à l'os, et réciproquement ; 4° je prolonge encore la résection de la paroi antérieure du sinus vers la région temporale, mais sans parvenir toutefois à en atteindre la limite. Il restera donc de ce côté un prolongement de la cavité sinusienne qui ne pourra être supprimé. En revanche, j'ai parfaitement pu constater, lors de la résection du plancher du sinus, que le tissu graisseux s'élevait, du fait de son élasticité, à travers cette brèche et comblait d'autant la cavité sinusienne.

J'apporte le plus grand soin à la nouvelle désinfection du foyer. Je dois toutefois faire remarquer que lors de cette seconde intervention, je trouvai la plus grande partie du sinus libre de pus et de fongosités. En somme, la réinfection ne s'était produite qu'au niveau du détroit fronto-nasal et à la face profonde du tégument de la racine du nez. Ces parties furent donc grattées et nettoyées très soigneusement avec une solution phéniquée forte, en vue d'une nouvelle tentative de réunion immédiate. Quant au curettage du canal fronto-nasal et du labyrinthe ethmoïdal, il fut exécuté par deux voies : d'une part, de haut en bas, en me tenant derrière la tête du malade, d'autre part, d'avant en arrière, par la brèche faite à l'apophyse montante, la curette étant promenée sous l'étagé antérieur du crâne, jusqu'à ce que je ne rencontraisse plus que la résistance uniforme de ce dernier. Chemin faisant je découvris, à la partie antérieure de la base crânienne, une cavernule remplie de pus et de fongosités qui m'avait échappé la première fois et avait peut-être été le point de départ de la réinfection. Inutile d'ajouter qu'elle fut grattée à fond.

Après nettoyage répété de la totalité du foyer avec de l'eau oxygénée très chaude, puis avec une solution phéniquée à 1/20, je le

saupoudrai d'iodoforme, puis une longue et épaisse mèche de gaze iodoformée fut logée sur la partie inférieure du foyer, pénétrant jusqu'au fond du prolongement temporal, puis reposant sur le tissu graisseux de l'orbite ayant fait hernie à travers la brèche du plancher, enfin plongeant de là dans le canal fronto-nasal jusqu'à l'entrée de la narine.

Après quoi, réunion immédiate et totale de la vaste plaie, et pansement compressif appliqué de telle façon que la pression soit concentrée au niveau de la brèche antérieure, en vue d'obtenir l'application du tégument sur la paroi profonde du sinus. Il est, d'autre part, expressément recommandé au malade, à son réveil, de se tenir presque toujours couché sur le côté gauche, de façon à favoriser l'écoulement des sécrétions pathologiques.

Pas de fièvre, ni le jour de l'opération, ni les jours suivants.

14 octobre. — Je retire la mèche de gaze du foyer et découvre la plaie qui se montre bien réunie. Nouveau pansement compressif.

22 octobre. — Les crins de Florence sont enlevés.

28 octobre. — Depuis quelques jours, formation abondante de croûtes muco-purulentes dans les régions du méat moyen et du canal fronto-nasal. Ces croûtes sont très soigneusement extraites chaque jour au moyen d'une longue pince; puis un tampon d'ouate monté sur un stylet à courbure pharyngienne et imprégné soit d'eau oxygénée, soit d'une solution iodo-iodurée à 1/50 est introduit par le canal fronto-nasal jusque sous le tégument frontal, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le palper du front au moment de la manœuvre.

6 novembre. — Le pansement est supprimé. La plaie est parfaitement cicatrisée, et la dépression du tégument en face de la brèche osseuse indique la tendance à la suppression de la cavité sinusienne par adhérence de la peau à la paroi osseuse profonde. D'ailleurs la formation des croûtes nasales va diminuant notablement chaque jour.

OBSERVATION III

Empyème fronto-maxillaire chronique, gauche. Opération du sinus maxillaire par la méthode Caldwell-Luc, et du sinus frontal, dans la même séance, par la méthode de Killian.

M. Georges Ch..., négociant, 32 ans. Depuis trois ans, écoulement de pus fétide par la fosse nasale gauche. Les douleurs spon-

tanées ne remonteraient qu'à l'hiver dernier. Le malade les décrit de la façon suivante : tous les trois ou quatre jours survenait une douleur aiguë, au niveau de l'angle supérieur interne de l'orbite, sous forme d'une migraine l'empêchant de se livrer à ses occupations habituelles. Cette douleur cessait après expulsion de pus fétide se produisant plutôt par la gorge que par la narine, et alors le malade était tranquille pour plusieurs jours. Depuis ces deux derniers mois, les douleurs auraient eu tendance à revenir tous les jours et à irradier vers le front.

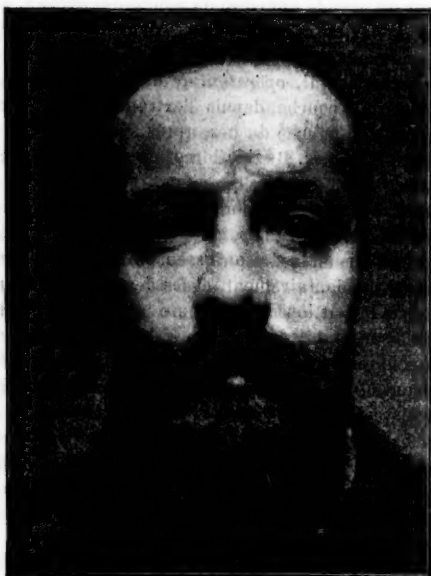


Fig. 3

Examen du malade, le 17 septembre. — Pas de saillie du front. Pression douloureuse au niveau du plancher du sinus frontal, gauche. Sensibilité à la percussion du plancher et de la paroi antérieure du même sinus.

Éclairage électrique. — Obscurité de la moitié gauche du front, de l'œil gauche et de la région sous-orbitaire du même côté.

Rhinoscopie. — Pus crémeux dans le méat moyen. Pas de myxomes, mais simple bourrelet de Kaufmann.

Diagnostic. — Empyème fronto-maxillaire chronique, gauche.

17 septembre. — Après cocaïnisation, destruction, au moyen de mes pinces plates coupantes, de toute la partie accessible du labyrinthe ethmoïdal par voie nasale.

24 septembre. — *Opération radicale fronto-maxillaire* sous le chloroforme.

D'abord sinus maxillaire opéré suivant le procédé Caldwell-Luc. Rien de particulier à signaler au cours de cette partie de mon intervention sauf grande difficulté d'exécution provenant de vascularité anormale des tissus et de l'épaisseur considérable de la paroi antérieure du sinus.

Pour le sinus frontal, *opération de Killian.*

Longue incision courbe depuis l'extrémité externe du sourcil jusque sur le côté gauche du nez, après avoir longé la moitié supérieure du dos du nez. Rugination et écartement des lèvres de la plaie.

Paroi antérieure du sinus d'abord attaquée au-dessus de l'extrémité interne du sourcil ; mais, comme le sinus droit débordé un peu la ligne médiane, la cloison osseuse inter-sinusienne se trouve être réséquée involontairement, et les deux sinus ne sont plus séparés que par la portion de muqueuse du sinus droit correspondant à la cloison.

Grâce aux dimensions modérées de la cavité du sinus, ses limites peuvent être atteintes aussi bien dans le sens vertical que dans le transversal.

Le plancher du sinus est ensuite ouvert, et cette nouvelle brèche séparée de la précédente par un pont de substance osseuse est prolongée inférieurement aux dépens de l'apophyse montante du maxillaire. Le sinus était rempli de pus et de fongosités se prolongeant jusque dans la fosse nasale.

Partie avec la gouge et le maillet, partie au moyen d'une forte curette, élargissement du canal fronto-nasal, au point que mon petit doigt de la main gauche, introduit de bas par la narine, pour guider ce temps de l'opération, finit par apparaître à la partie inférieure de la brèche naso-orbitaire. Lavage du foyer avec de l'eau oxygénée très chaude, puis badigeonnage avec un tampon d'ouate imbibé de solution phéniquée, forte, enfin insufflation d'iodoforme. Le sinus maxillaire reçoit seul une longue mèche de gaze iodoformée qui ressort par la narine. Réunion immédiate de la plaie.

La durée totale de la double opération a été de deux heures trois quarts.

Le soir de l'opération, température axillaire, 37,5.

25 septembre. — Température, matin, 37,2 ; température, soir, 38.

26 septembre. — Température, matin, 37,5. Je retire la mèche introduite dans le sinus maxillaire.

27 septembre. — La température axillaire oscille entre 37 et 37,8.

A partir du 28, cessation de toute fièvre. Plaie bien réunie.

30 septembre. — Plaie cicatrisée.

1^{er} octobre. — Le malade peut quitter la maison de santé, huit jours exactement après son opération.

2 octobre. — Le pansement compressif, appliqué immédiatement après l'opération, est remplacé par un pansement composé de bandelettes de gaze alternant avec des couches de collodion. Au moment de son départ, le malade a été invité à se présenter à la consultation de ma clinique deux ou trois fois par semaine pour le nettoyage régulier de sa fosse nasale ; mais, comme il habite la banlieue de Paris, il ne vient qu'assez irrégulièrement. A chacune de ses apparitions, je constate, dans son méat moyen et dans le canal fronto-nasal, d'abondantes croûtes dont je le débarrasse minutieusement, en partie, en pratiquant des lavages dans son sinus maxillaire, en partie, au moyen de longues pinces. En outre, à partir du commencement de novembre, je pratique des badigeonnages directement dans le foyer au moyen d'un tampon d'ouate fixé à l'extrémité d'un stylet à courbure pharyngienne, imbibé d'eau oxygénée ou de glycérine iodo-iodurée et que je fais pénétrer facilement à travers le canal fronto-nasal.

Je note comme un bon signe de guérison la dépression du tégument frontal en face de la brèche opératoire, ainsi que la diminution progressive des sécrétions pathologiques.

OBSERVATION IV

Empyème fronto-maxillaire chronique, droit. Guérison rapide, à la suite de l'application de la méthode Caldwell-Luc pour le sinus maxillaire, et de la méthode de Killian pour le sinus frontal.

Edouard Ser..., facteur des postes, 35 ans, a été traité à ma clinique, il y a un an, pour des polypes muqueux des fosses na-

sales, qui ont été extraits avec l'anse froide. Depuis trois mois seulement se plaint de moucher du pus par la fosse nasale droite ; il ajoute qu'à chaque changement de temps il éprouve des douleurs dans la moitié droite du front ; mais il n'a pas noté que ces douleurs cessassent après une débâcle nasale de pus.

Examen, le 16 septembre. — Moitié droite du front plus saillante que la gauche.

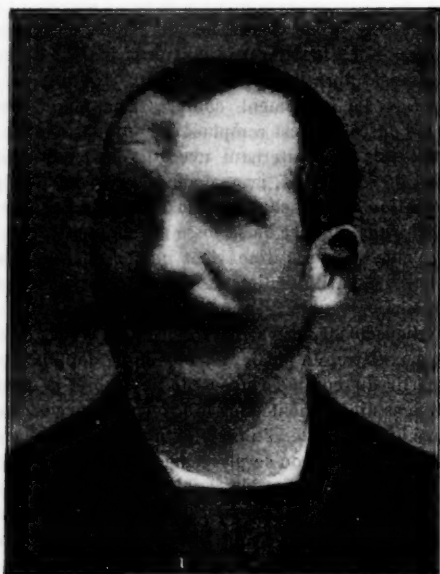


Fig. 4

Sensibilité des parois antérieure et inférieure du sinus frontal droit à la pression et à la percussion.

A la rhinoscopie, pus crémeux et myxomes dans le méat moyen droit.

L'éclairage électrique laisse obscures la moitié droite du front ainsi que la pupille et la région sous-orbitaire du côté droit.

Diagnostic. — Empyème fronto-maxillaire chronique droit.

17 septembre. — Après cocaïnisation, extraction des myxomes et de la partie accessible du labyrinthe ethmoïdal par voie nasale, au moyen de mes pincés plates, coupantes.

23 septembre. — Opération fronto-maxillaire.

Le sinus maxillaire est d'abord opéré suivant ma méthode. Cette première intervention ne présente aucune difficulté et est exécutée en une demi-heure, moins le tamponnement et les sutures.

L'opération du sinus frontal est pratiquée suivant la méthode de Killian : longue incision courbe suivant le sourcil, la base et le dos du nez, se terminant à l'union de la joue droite et du côté correspondant du nez.

Après rugination et écartement des lèvres de la plaie, je commence par ouvrir le plancher du sinus et l'apophyse montante du maxillaire. Je pratique ensuite l'ouverture de la paroi antérieure du sinus. La cavité sinusienne remontant assez haut, je suis obligé d'adjoindre à l'incision de Killian une incision verticale, supplémentaire, s'élevant vers le cuir chevelu. J'obtiens ainsi, après refoulement des lèvres des deux plaies, une dénudation de la totalité de la moitié droite du frontal, et, comme le sinus n'atteint pas latéralement la région temporale, je réussis à réséquer assez complètement la table antérieure de l'os, pour que sa table profonde se continue, aussi bien en dehors que supérieurement, avec la surface extérieure du crâne. La cloison inter-sinusienne est respectée.

Je trouve la cavité sinusienne farcie de fongosités mollasses, se dérobant sous la curette. Je parviens, en revanche, à les saisir et à les extraire complètement en me servant de mes pincés plates coupantes, construites pour la résection des cornets moyens.

Élargissement et curettage du sinus fronto-nasal au moyen d'une forte curette guidée par mon petit doigt droit introduit par la narine et dont la pulpe finit par apparaître à la partie inférieure de la brèche naso orbitaire.

Lavage du foyer avec eau oxygénée, très chaude. Badigeonnage avec solution phéniquée à 1/20. Insufflation d'iodoforme. Longue mèche de gaze iodoformée dans le sinus maxillaire seulement.

Réunion immédiate des plaies. Pansement frontal compressif. Durée totale de la double opération : deux heures un quart.

Pas de fièvre le soir de l'opération ni les jours suivants.

30 septembre. — Pansement changé ; plaie en voie de réunion.

2 octobre. — Suppuration au niveau de trois points de suture correspondant à la partie moyenne de l'arcade orbitaire. Ce petit accident cède rapidement à la suite d'une application de pansements humides pendant deux jours.

10 octobre. — Je revois le malade après une absence de huit jours. Je trouve la plaie complètement cicatrisée. Je découvre dans le méat quelques rares croûtes que j'enlève avec une longue pince.

Des lavages avec de l'eau oxygénée ont été pratiqués tous les deux ou trois jours dans le sinus maxillaire depuis la fin de la première semaine post-opératoire.

14 octobre. — La guérison se révèle déjà par la cessation de toute sécrétion pathologique dans la fosse nasale et par la dépression du tégument frontal, au niveau de la brèche osseuse opératoire.

I

DES PANSEMENTS CONSÉCUTIFS A L'ÉVIDEMENT PETRO-MASTOÏDIEN ⁽¹⁾

Par **Georges MAHU**

Ancien assistant-suppléant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine.

A la suite de l'évidement pétro-mastoïdien, il reste à accomplir une tâche ingrate et difficile, mais d'importance capitale au point de vue de la guérison définitive de l'opéré.

Si l'opération elle-même, faite couramment aujourd'hui pour la cure radicale de l'otorrhée, est souvent compliquée et toujours minutieuse, il existe du moins des règles précises, nettement tracées, qui permettent de mener cette intervention à bonne fin en suivant une marche déterminée.

Il n'en est pas de même pour les pansements au sujet desquels on pourrait dire qu'il y a autant de cas spéciaux que d'opérés. C'est ainsi qu'on voit publier les statistiques les plus contradictoires et les moyens les plus divers pour arriver aux résultats les plus différents.

Ici, plus qu'ailleurs, il importe que les statistiques portent sur un grand nombre de malades *opérés et pansés par les mêmes mains*. Une centaine d'évidés opérés par notre maître, M. Lermoyez, ou par nous-même depuis six ans environ, ont été pansés par nous et suivis jour par jour avec le plus grand soin, soit à l'hôpital Saint-Antoine, soit en ville.

La durée des pansements fut longue pour nos opérés du début, puisque certains d'entre eux furent pansés pendant plus d'un an avant d'arriver à la guérison complète. Cette durée a été considérablement abrégée, comme on le pourra voir dans le tableau statistique annexé à ce travail et compre-

⁽¹⁾ Communication faite à la Société Française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie (mai 1902).

nant les résumés de 50 observations de malades régulièrement suivis, puisque notre moyenne est aujourd'hui comprise entre trois et quatre mois ; et ce sont d'ailleurs, à peu de chose près, les résultats qui nous ont été indiqués dans plusieurs statistiques, entre autres celles de Luc et de Lubet-Barbon.

Cette période paraît certainement longue encore, aussi bien au malade qu'au médecin, mais il importe d'insister sur ce fait qu'il s'agit de la cure radicale d'une affection chronique, c'est-à-dire de l'arrêt sans retour possible de tout écoulement et des symptômes concomitants.

Or, si nous admettons sans peine que les moyens employés pour arriver à ce résultat puissent varier à l'infini, nous ne saurions admettre que le but à atteindre pût varier en aucune façon et c'est là un point capital sur lequel nous désirons attirer l'attention.

Ce but, qui est celui indiqué par Stacke à l'origine et duquel nous ne nous sommes jamais éloigné volontairement, sauf pour des essais non couronnés de succès, doit être le suivant :

Epidermisation complète de la cavité artificielle creusée dans le rocher en conservant intégralement la forme primitive de cette cavité.

Bien que les cicatrisations osseuses s'effectuent en réalité au moyen de la couverture de leur surface par une couche fibreuse et non par une véritable peau, nous préférons conserver l'expression *Epidermisation* par analogie avec ce qui se passe dans les plaies ordinaires non osseuses.

Afin de montrer exactement la *forme définitive type* que nous cherchons systématiquement à obtenir après épidermisation et guérison complète, nous avons fait exécuter par M. Jumelin des moulages d'évidés guéris dont la vue intérieure de la cavité est rendue possible par le rabattement en avant, autour d'une charnière verticale passant par le tragus, du pavillon de l'oreille (*fig. 1* = pavillon fermé), *fig. 2* = pavillon ouvert).

Dans le modèle dont nous reproduisons ici la photographie partielle, il s'agit d'un homme de 40 ans, M. Ch..., opéré à

Saint-Antoine par M. Lermoyez le 15 novembre 1897 et pansé par nous jusqu'à guérison. On voit nettement sur ce modèle la forme du fond de la cavité analogue à un *bissac* placé sur une épaule : la poche antérieure du bissac est figurée par le fond de la caisse et de l'attique, la poche postérieure par le fond de l'antra, ces deux parties étant reliées entre elles par la fente adito-antrale ; l'épaule est représentée par le massif osseux du facial.



Fig. 1

Il est extrêmement important de se fixer dans l'œil la forme de cette cavité dont l'image ne doit cesser de hanter le panseur depuis le début jusqu'à la fin des pansements.

Toutes les fois, ou à peu près, que, par nécessité ou à dessein, nous nous sommes écarté de cette règle, nous avons assisté à des récidives ; et, telle cavité que nous avons vue

fermée par une bride ou par un diaphragme s'était transformée en un clapier qu'il fallait découvrir, curetter et panser de nouveau pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

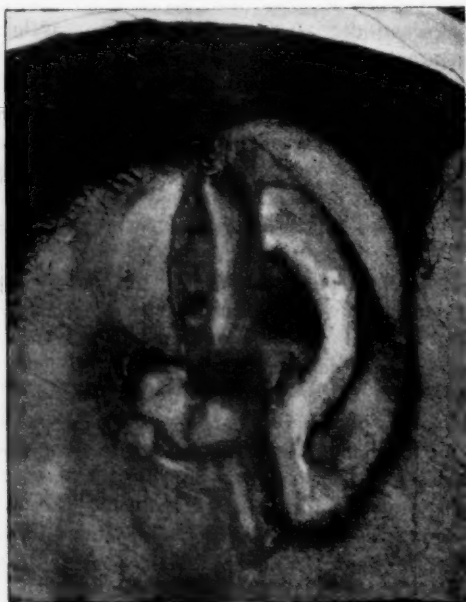


Fig. 2

Une fois c'est un jeune homme de 21 ans, M..., serrurier (obs. VI), guéri en apparence et dont la cavité était complètement épidermée, mais dont la fente adito-antrale était recouverte par un rideau épidermique, qui revient trois mois après sa sortie de l'hôpital, avec des céphalées intenses et des bourdonnements d'oreille. L'ouverture de ce rideau fit découvrir un vaste clapier d'ostéite et de fongosités et l'opération dut être recommencée.

Une autre fois, un homme de 36 ans, P..., garçon de café, guéri en apparence depuis plusieurs mois, mais dont le fond de caisse était masqué derrière un diaphragme ayant en quelque sorte pris la place du tympan, revient brusquement, transporté d'urgence à l'hôpital, avec des accidents méningitiformes et incapable de rester debout. Ce diaphragme, ouvert en étoile, cachait derrière lui une masse cholestéatomateuse importante qu'on dut curetter à nouveau.

C'est encore une jeune fille de 20 ans, H..., danseuse (obs. XXI), qui nous avait abandonné au cours des pansements et dont la cavité opératoire s'était comblée au hasard avec des soins presque nuls à cause de l'irrégularité de la malade. Des brides et des accolements de parois s'étaient produits dans tous les sens. L'écoulement revint abondant et l'on dut recommencer l'opération.

Par contre, nous pouvons affirmer que tous ceux de nos malades dont la cavité épidermée avait intégralement conservé sa forme — et c'est de beaucoup le plus grand nombre — ont été et sont demeurés guéris depuis plusieurs années (voir les résumés d'observations du tableau final).

Les évidés pseudo-guéris ou incomplètement guéris ne se laissent pas facilement classer dans la catégorie des malades qu'on envoie achever leur guérison au bord de la mer. Longtemps, au contraire, ils poursuivront leur opérateur avec ténacité pour l'excellente raison qu'ils rencontreront difficilement des chirurgiens de bonne volonté disposés à recueillir la succession.

Nous ne saurions partager l'avis de Luc lorsqu'il dit ⁽¹⁾ que « la guérison peut être considérée comme réalisée, quand après un intervalle de huit jours la poudre boriquée et la gaze introduites au pansement précédent sont retrouvées intactes, et quand, après un lavage définitif, la totalité du foyer se montre tapissée d'un tissu épidermique sec et brillant. »

(1) LUC, *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intracranienues*, p. 201.

Nous croyons, au contraire, devoir suivre nos malades pendant plusieurs mois après la cessation de tout écoulement et plus longtemps encore quand la chose est possible, surtout lorsqu'il s'agit de cholestéatome.

*
* *

La durée des pansements ne saurait évidemment être la même dans tous les cas, malgré la stricte observance des règles tracées. Elle est en général beaucoup plus considérable, lorsque l'ostéite du rocher est plus étendue et aussi dans certains cas de cholestéatome où les parois de la loge osseuse sont éburnées et ne sauraient permettre un bourgeonnement de bonne nature formant assise à l'épiderme avant que soit intervenu un long travail de transformation de la surface de l'os.

Quoi qu'il en soit, cette durée dépend de beaucoup de certaines règles générales desquelles il ne faut jamais se départir :

1° *Importance des soins à apporter à l'opération.* — Si la guérison dépend en grande partie des soins minutieux apportés aux pansements, il ne faut pas ignorer que de bons pansements ne seront utilement faits qu'à la suite d'une opération soignée et complète au cours de laquelle on n'aura laissé subsister ni fongosités ni débris cholestéatomateux, le cas échéant,

Il est bon d'abraser des aspérités que l'épiderme franchirait difficilement et pour cela de râcler doucement, à l'aide d'une forte curette, les parois de la cavité en fin d'opération.

Il importe aussi d'évider largement en se rapprochant le plus possible des repères — massif osseux du facial, dure-mère, sinus latéral — de manière à ce que la caisse d'une part, l'aditus et le fond de l'antre d'autre part, constituent la cavité en forme de bissac dont nous avons parlé plus haut, aussi large et aussi évasée que possible.

Comme le disent Lermoyez et Boulay (1), cinq minutes en

(1) M. LERMOYEZ et M. BOULAY, *Thérapeutique des maladies de l'oreille*, t. II.

plus consacrées à l'opération feront abrégé souvent d'un mois la durée des pansements.

Les soins apportés à l'autoplastie des lambeaux sont très importants en vue du point de départ de l'épidermisation ultérieure ; et, ces lambeaux, à dimensions égales, recouvriront d'autant mieux une surface utile de la cavité que l'évidement aura été plus largement fait.

On évitera autant que possible de laisser à nu des larges surfaces osseuses — en particulier du côté de l'écaille du temporal. Il est, en effet, difficile d'obtenir le bourgeonnement de ces grandes surfaces surtout lorsqu'elles ont été dépouillées de leur périoste et il est souvent impossible d'empêcher leur nécrose et la formation de séquestres dont l'élimination est longue et retarde le plus souvent la guérison. Il est bon, par suite, en fin d'opération, de recoudre la plus grande partie des surfaces osseuses mises à nu de manière à ne laisser béante que juste la partie utile à la surveillance de la cavité intérieure.

L'orifice postérieur doit-il être obturé immédiatement après l'opération ?

Certains auteurs, Moure en tête, sont d'avis que dans tous les cas, il est avantageux de terminer l'opération en obturant cet orifice au moyen de la réunion par première intention des lèvres de la plaie cutanée. D'autres s'opposent systématiquement à cette suture immédiate.

A notre avis, il est incontestable que, dans les cas simples, où l'on serait certain de n'avoir laissé aucun débris douteux d'os malade ou de cholestéatome, la durée des pansements se trouverait abrégée par le fait de la suture immédiate en fin d'opération. De plus, ce procédé est plus élégant que l'autre consistant à laisser béant un grand orifice pendant de longues semaines, ce qui augmente les chances d'infection de la plaie et oblige le malade à conserver un bandage de tête plus important.

Mais d'abord est-on jamais sûr d'avoir enlevé tous les débris ? Ce n'est pas notre avis, et nous estimons, au contraire, que dans de très nombreux cas, comme nous l'avons dit plus haut, il serait extrêmement imprudent d'agir ainsi ;

tels sont ceux d'abord dans lesquels nous nous trouvons en présence de fistules profondes du côté du cou, du côté du digastrique, etc. ; ceux où l'on aura constaté des lésions périsinusoales et extra-durales. Nous pensons qu'il est également prudent de ne pas faire la suture immédiate dans les cas de cholestéatome diffus où l'on est exposé à retrouver, au fond d'une fistule, un débris cholestéatomateux dans une position où il serait difficile ou impossible d'atteindre, sous le contrôle de la vue, par la seule voie du conduit.

Ajoutons que nous avons regretté maintes fois d'avoir obturé d'emblée l'orifice postérieur chez des sujets ne présentant que des lésions peu étendues, mais chez lesquels il s'était produit, malgré nos efforts, une atrésie relative du méat auditif nous réduisant considérablement le champ d'investigation à l'intérieur de la cavité.

Nous aurions pu, il est vrai, agrandir davantage ce méat à la fin de l'opération ; mais nous hésitons toujours à faire cette déformation, qui attire presque autant l'attention sur les malades guéris que la persistance de l'orifice rétro-auriculaire.

Pour ces diverses raisons nous avons été amené à employer d'une manière générale, un procédé mixte qui nous permet d'arriver au même résultat un peu plus lentement, il est vrai, mais aussi sûrement, en nous laissant toute latitude de surveiller la plaie dans tous les sens et de lui conserver plus facilement sa forme définitive : *nous laissons subsister l'orifice postérieur et le conservons béant aussi longtemps que cela nous paraît nécessaire*. Puis de deux choses l'une, ou bien cet orifice est demeuré extrêmement large et alors nous fermons ultérieurement après guérison définitive suivant le procédé autoplastique que M. Lermoyez et moi avons publié l'année dernière ⁽¹⁾. Dans d'autres cas, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, on peut obtenir peu à peu sans difficulté, en menant de front l'épidermisation de la cavité, un rétrécis-

(1) LERMOYEZ et MAHU, *Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire persistant après guérison de l'évidement pétro-mastoldien* (communication faite à la Soc. franç. d'otol. de laryngol. et de rhinol., mai 1901, t. XVII, II^e partie).

sement progressif, puis la réduction à zéro de cet orifice postérieur.

Il suffit pour cela d'empêcher l'épidermisation des bords de la plaie et la formation, sur le pourtour, d'une collerette indurée, de détruire par le curettage cette collerette au cas où elle se serait formée, puis de cesser peu à peu le tamponnement en avivant les bords de la plaie toutes les fois que cela devient nécessaire.

Nous arrivons d'habitude assez facilement à ce résultat, en introduisant d'abord une simple mèche dans l'orifice postérieur, puis en pansant à plat, dès que les dimensions de celui-ci sont suffisamment restreintes.

2° *Soins apportés aux pansements.* — Les pansements doivent être faits en observant l'asepsie la plus rigoureuse et en prenant les mêmes précautions que pour l'opération elle-même.

Les mains du chirurgien, les produits pharmaceutiques et les instruments seront rigoureusement stérilisés.

Des champs aseptiques seront placés sur la tête et sur l'épaule du patient assis de profil dans la position otologique et dont la tête sera soutenue par un aide ou par un support *ad hoc*.

Nous employons depuis quelques mois un fauteuil construit d'après nos indications par la maison Collin, et pouvant servir à la fois pour les examens oto-rhino-laryn-gologiques courants et pour fixer solidement la tête des malades au cours des pansements des évidés.

Comme champ aseptique de tête, nous employons parfois, en particulier chez les femmes, un carré de toile portant un orifice laissant paraître seulement le champ opératoire et le pavillon de l'oreille et se nouant du côté opposé à l'aide de deux petits cordons.

Nous avons vu à Bruxelles M. Delsaux se servir utilement d'un bonnet de coton couvrant toute la tête et percé seulement à l'endroit de la plaie.

Les pansements seront faits, du commencement à la fin, par une même personne, qui sera autant que possible l'opérateur lui-même, ou, en tout cas, un aide expérimenté ayant assisté

à l'opération. Par ce moyen seulement, il pourra exister une suite suffisante dans les idées indispensable à la conduite à bonne fin de la guérison et le panseur sera ainsi mis en garde d'avance contre les écueils découverts au cours de l'opération.

Il faut apporter la plus grande douceur dans toutes les manœuvres, surtout au début, et pour cela ne pas ménager son temps à chaque pansement. On doit se souvenir qu'on aura besoin, surtout à cette première période, de toute la patience du malade et qu'il est indispensable de gagner sa confiance pour la suite.

3° *Régularité des pansements.* — De la régularité et de la fréquence des pansements dépend aussi le succès final.

Rien ne doit faire retarder un pansement — ne serait-ce que de vingt-quatre heures — si l'on ne veut pas s'exposer à perdre le bénéfice de plusieurs semaines de travail et à retarder d'autant la date de la guérison.

Certains auristes — les Allemands, par exemple — pansent leurs malades tous les jours. En ce qui nous concerne, nous n'avons pas de règle absolue : tantôt nous faisons les pansements quotidiens, tantôt de deux en deux jours, mais *sans jamais les espacer davantage.*

Le pansement sera levé au bout de vingt-quatre heures :

1° Toutes les fois qu'il y aura du pus en abondance ;

2° Quand, obligé de tamponner serré pour empêcher le rapprochement des parois de la plaie, on verra sur ces parois une surface d'ostéite diffuse avec bourgeonnement intense ;

3° Lorsqu'il existera dans le voisinage de la plaie une infection quelconque de la peau (eczéma, etc.) ;

4° Chaque fois que l'on aura constaté une élévation de température ;

5° Après une cautérisation à l'aide du galvanocautère ou d'un caustique chimique ;

6° Lorsqu'on aura noté une tendance marquée à l'atrésie ;

7° Si le malade s'est plaint de symptômes auriculaires (vertiges, nausées, bourdonnements, etc.) ou de tout autre malaise d'ordre général, dont la cause n'apparaît pas immédiatement.

L'épidermisation de la cavité devant être le but de nos efforts, il est indispensable de savoir reconnaître un bon d'un mauvais épiderme et aussi de ne pas ignorer dans quelles conditions et par quels moyens on pourra obtenir une couche épidermique solide et définitive.

Qu'il me soit permis de faire une comparaison qui fera facilement comprendre le mécanisme de formation de l'assise épidermique.

Pour effectuer le pavage en bois d'une chaussée il faut : 1° un sous-sol solide et nivelé ; 2° une couche de béton également de niveau ; 3° les assises de pavé.

De même pour le revêtement de la cavité opératoire, il nous est indispensable d'avoir : 1° un os sain et bien abrasé ; 2° des bourgeons de bonne nature ; 3° des cellules épidermiques.

L'os sain est rosé ; ses canaux sont apparents et légèrement gorgés de sang.

C'est sur une telle surface qu'apparaît assez rapidement un bourgeonnement charnu peu intensif, mais adhérent à la surface osseuse et résistant au contact du stylet.

On distingue facilement les bourgeons utiles des bourgeons fongueux de mauvaise nature en ce que ces derniers, beaucoup plus exubérants, sont d'aspect mûriforme et saignent abondamment dès qu'on les touche. Ils poussent sur l'os atteint d'ostéite comme la mousse sur une roche et il est aussi facile de détacher de leur surface d'implantation l'une et l'autre végétation par un léger grattage.

Pour obtenir une couche épidermique solide il ne suffit pas d'avoir obtenu un bourgeonnement charnu, de bonne nature, sur un os sain, en un point quelconque de la plaie. Il est nécessaire, de plus, que le nouvel épiderme puisse s'amorcer à un rebord épidermique déjà existant.

C'est pour cette raison qu'il y a intérêt, à la fin de toute opération, à découper, aux dépens des parois du conduit auditif, des lambeaux cutanés qu'on appliquera du côté de leur surface cruentée sur les parois de la cavité artificielle que l'on veut créer.

Deux procédés principaux sont employés suivant les cas pour tailler ces lambeaux :

1° *Procédé de Stacke*. — Un seul lambeau comprenant la paroi postérieure du conduit rabattue en volet à charnière horizontale inférieure, suivant une génératrice du cylindre que représente le conduit auditif. On recouvre ainsi, avec ce lambeau trapézoïde, l'éperon du massif osseux et une partie plus ou moins importante du plancher de la cavité.

2° *Procédé de Kærner*. — Un lambeau plus petit que précédemment, comprenant la partie moyenne de la paroi postérieure du conduit libérée suivant deux génératrices du cylindre et dont la charnière verticale est voisine de la conque. La mise en pratique de ce procédé exige la fermeture immédiate de l'orifice postérieur. Le lambeau est appliqué sur la paroi postérieure osseuse de la cavité et maintenu en contact intime avec elle au moyen d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les bords libres sectionnés de ces divers lambeaux sont autant d'amorces épidermiques utiles pour l'avenir à la condition que l'os sous-jacent et la surface osseuse contiguë soient sains ⁽¹⁾.

Le terrain se trouvant ainsi préparé, ou bien on a affaire à un cas simple, sans cholestéatome où l'opération a été complètement faite avec curettage soigné de toutes les fongosités et de toutes les cellules ou surfaces osseuses atteintes d'ostéite, en un mot à un évidement dans lequel la totalité des parois de la cavité est saine et propre à produire des bourgeons capables de supporter une couverture épidermique solide, et alors le chirurgien n'aura pas grand peine à obtenir un bon résultat, c'est-à-dire une épidermisation rapide de la cavité sans aucun reliquat d'écoulement. De la propreté, un léger tamponnement à la gaze stérilisée pour maintenir l'adhérence des lambeaux et assurer la marche régulière du nouvel épiderme et, quel que soit le moyen employé, la nature se chargera du reste.

Ce sont là les cas heureux où cinq ou six semaines de pansement suffisent pour obtenir la guérison complète.

⁽¹⁾ La technique détaillée de ces deux procédés d'autoplastie se trouve décrite dans le traité de *Thérapeutique des maladies de l'oreille*, de Lermoyez et Boulay, pp. 133 et suiv.

Mais, hélas ! tous les cas ne ressemblent pas à ceux-ci et, dans le plus grand nombre, au contraire, il a été impossible d'enlever complètement des surfaces nécrosées ou des débris de cholestéatome adhérents à quelque surface osseuse dérobée à la vue par le sang ou par tout autre obstacle.

D'autres fois on n'a pu parvenir au foyer d'ostéite parce que le chemin se trouvait barré par un obstacle à respecter : carie du massif osseux du facial, ostéite des cellules sous-pyramidales, procidence accentuée du sinus latéral ou de la dure-mère.

Il nous a même été donné de rencontrer 1 cas, chez la nommée Marie L..., 21 ans (obs. XXXVII), où la procidence combinée du sinus et de la dure-mère s'était non seulement opposée au curettage complet des parties malades, mais encore avait rendu impossible l'évidement pétro-mastoïdien (¹).

Comme, en somme, à la fin d'une opération, on n'est jamais certain de n'avoir rien laissé, il importe, à notre avis, d'adopter autant que possible une technique uniforme pouvant s'appliquer à la grande majorité des cas, quitte à simplifier, à l'occasion.

Supposons tout d'abord que, dans un cas quelconque, on abandonne à elle-même la cavité osseuse artificielle que nous avons creusée, c'est-à-dire qu'on la panse comme une plaie ordinaire en plaçant dans la cavité une mèche de gaze stérilisée et un pansement à plat sur le tout. Dans quelques cas rares, la cavité, après s'être rétrécie, s'épidermisera et la guérison surviendra après un temps plus ou moins long.

Dans la plupart des cas moins heureux, au contraire, un bourgeonnement intensif se produira de tous côtés et nous verrons, en peu de temps, notre cavité se combler, non pas du fond vers la surface, mais n'importe comment, de telle façon que derrière les masses exubérantes formées seront ménagés des récessus, avec clapiers entretenus par certains points nécrosés suppurants et fistules plus ou moins profondes aboutissant à ces clapiers.

D'autres fois, on verra l'épiderme tapisser peu à peu la

(¹) G. MAHU. — Procidences combinées du sinus et de la dure-mère rendant impossible la trépanation mastoïdienne. (*Annales des mal. de l'or, du lar. du nez et du phar.*, octobre 1902. T. XXVIII).

cavité sans que celle-ci se rétrécisse notablement et l'on se réjouira déjà d'une guérison rapide lorsqu'on apercevra un beau jour une petite gouttelette de pus suintant à l'orifice d'une fistulette — le plus souvent à la partie postéro-supérieure de la cavité, vers le fond de l'antre, ou encore sous le massif osseux du facial. Introduisant le stylet dans la fistule, on percevra nettement, à 7 ou 8 millimètres de profondeur, une surface osseuse dénudée et rugueuse servant de fond à un clapier recouvert par de l'épiderme non adhérent.

Si donc nous voulons arriver au but que nous nous sommes proposé à savoir au maintien de la forme et de la capacité de la cavité que nous avons creusée, nous nous trouverons conduit à lutter contre le travail fait par la nature aux mauvais endroits et à profiter de notre mieux de l'aide qu'elle voudra bien nous apporter dans les bons.

PANSEMENT POST-OPÉATOIRE. — Le pansement post-opératoire lui-même doit être fait avec le plus grand soin, car de lui dépend souvent un bon ou mauvais départ, surtout en ce qui concerne la prise des lambeaux sur les surfaces osseuses contre lesquelles ceux-ci doivent être appliqués.

Que l'orifice postérieur ait été ou non fermé d'emblée, il faut avoir soin d'appliquer les mèches de gaze iodoformée de manière à ce qu'elles maintiennent le plus possible les lambeaux appliqués contre les parois et ensuite de façon à ne pas contrarier le sens dans lequel doit marcher l'épiderme. Or, cet épiderme doit s'amorcer : 1° du conduit vers la caisse ; 2° des bords de section dans différents sens ; 3° exceptionnellement, de points isolés quelconques formant ilots au milieu de la surface cruentée.

Si l'orifice postérieur a été obturé, nous introduisons par le méat auditif agrandi trois mèches parallèlement les unes aux autres et à l'axe du conduit : la première, de 15 millimètres environ de large et de 25 centimètres de long, a son extrémité antérieure tassée dans le fond de l'antre, sa partie moyenne pressant le lambeau cutané (postérieurement dans le procédé de Kœrner, en bas dans le procédé de Stacke) ; la seconde mèche dans l'aditus ; la troisième a son extrémité tassée dans la caisse et sa partie moyenne appuyée contre la paroi antérieure du conduit. Les chefs postérieurs de ces trois

mèches restent libres en dehors du méat et servent à tamponner la conque.

Si l'orifice postérieur est laissé béant, on introduit : 1° *par le conduit* une mèche de mêmes dimensions que ci-dessus, tassée dans le conduit et le fond de caisse en ayant soin qu'elle écarte les lambeaux taillés aux dépens du conduit et qu'elle les maintienne le plus possible appliqués contre les parois osseuses ; 2° *par l'orifice rétro-auriculaire* une première mèche dans la fente adito-antrale, s'appuyant en bas sur le massif du facial, en haut sur le toit de la cavité et dont le chef postérieur sortira à l'angle inférieur de l'incision, puis une seconde mèche tassée au fond de l'antra et dont le chef postérieur sera placé dans l'angle supérieur de l'incision. D'autres mèches intermédiaires, dont le nombre variera suivant les cas, seront intercalées entre les précédentes, de manière à maintenir l'écartement des lèvres de la plaie et l'application des lambeaux. Dans ce dernier but et aussi en vue de l'hémostase, toutes ces mèches seront assez fortement serrées les unes contre les autres.

Le champ opératoire est recouvert de gaze iodoformée faible chiffonnée, puis d'ouate et d'une bande formant un pansement compressif.

Il faut avoir soin, au cours de ce premier pansement, de ne pas donner un faux pli au pavillon. Nous avons observé, en effet, plusieurs fois de la périchondrite accompagnée de douleur et d'une élévation de température que l'on avait cru un instant causées par des complications beaucoup plus graves.

TEMPÉRATURE ET DOULEURS POST-OPÉRATOIRES. — Si le malade a été opéré à froid, c'est-à-dire en plein cours d'une otorrhée ancienne sans réchauffement, la température doit rester sensiblement la même le soir de l'opération.

Si, au contraire, il s'agit d'une otite réchauffée au cours d'une otorrhée, avec phénomène de compression résultant de la rétention purulente, la température baissera notablement à la suite d'une intervention complète ayant ouvert tous les foyers. Le plus souvent, dans les cas simples, la température tombe à la normale et demeure telle jusqu'à la guérison.

Le premier pansement devra rester en place cinq ou six

jours, sauf dans 2 cas : *douleurs locales ; élévation de la température.*

Les douleurs reconnaissent plusieurs causes : le faux pli du pavillon déjà cité ; la compression trop forte des mèches ou de l'ensemble du pansement. Les douleurs résultant de la trop grande abondance du caustique — en général chlorure de zinc à 1/5 ou à 1/10 appliqué en fin d'opération. — D'autres ont pour siège l'articulation temporo-maxillaire, lorsque le plancher du conduit s'est trouvé intéressé.

Les malades atteints d'eczéma du pavillon ou du conduit se plaignent généralement de cuisson et de démangeaisons intolérables après ce premier pansement.

Une douleur de nature particulière est celle accusée par les malades présentant une paralysie faciale avant l'opération ou chez lesquels cet accident est dû à un traumatisme au cours de l'évidement. L'irritation du nerf mis à nu par les caustiques ou simplement par la gaze iodoformée, comprimée, occasionne des tiraillements et des douleurs extrêmement gênantes du côté des paupières et surtout à la commissure des lèvres du côté lésé. Les morsures et frottements des mâchoires en contact avec la joue flasque sont également très gênants.

Les causes de l'élévation de température peuvent être multiples. Elles sont quelquefois les mêmes que celles de la douleur. Parfois elles sont liées d'une manière indirecte à l'opération. Une des plus fréquentes est, sans contredit, les troubles hépatiques et gastro-intestinaux résultant de l'absorption du chloroforme au cours de l'anesthésie, dont la durée est souvent assez longue. La langue est saburrale, le teint subictérique et les globes oculaires jaunes. La constatation de ces symptômes extérieurs suffira à écarter l'idée de toute complication du côté de la plaie et empêchera de lever le pansement avant la date fixée.

Suivant l'étendue et l'emplacement des lésions constatées au cours de l'opération, le chirurgien sera à même de déterminer plus ou moins facilement les causes de l'élévation de température. Il ne faut pas ignorer que les causes les plus futiles — comme celles citées plus haut — peuvent intervenir aussi bien dans ce but que les causes les plus graves.

Si l'on a découvert au cours de l'opération une périsinusite latérale, on devra songer à la pyohémie possible et garder une expectation armée. Il en sera de même pour les abcès extraduraux ou pour les fistules labyrinthiques; et il va de soi que dans ces cas particulièrement graves il ne faudra pas hésiter à lever le pansement plus tôt à la moindre alerte qui sera le plus souvent donnée en premier lieu par la température.

Cette question de la température du malade pendant les premiers jours qui suivent l'opération est d'une importance primordiale. En effet, si, en général, une opération complète empêche la propagation d'une infection commencée, cette intervention peut parfois être la cause déterminante de l'extension ou de la généralisation d'une infection latente jusque-là. Je puis citer, à cette occasion, une observation de ce genre particulièrement intéressante.

Il s'agissait d'une femme de 30 ans, la nommée Marie B... (obs. XXIV), opérée par moi de mastoïdite aiguë au cours d'une infection puerpérale datant de quelques semaines.

La mastoïdite était la complication d'une otite aiguë ayant elle-même succédé à un phlegmon amygdalien non ouvert.

L'opération faite avec le plus grand soin, en présence du médecin de la famille, nous étions satisfaits l'un et l'autre, lorsqu'en revenant, le soir même de l'opération, nous trouvâmes la malade avec une température de 41°. Le lendemain et le surlendemain même température explicable en aucune façon par l'affection auriculaire, lorsqu'apparut, ce troisième jour, un érysipèle puis un ictère grave et, enfin, une pleurésie.

La malade envahie par le streptocoque continuait tout simplement son infection dont la marche en avant s'était annoncée par une élévation de température devant tout autre symptôme.

Ainsi donc dans les cas où l'opération aura un effet utile, la température doit rester normale si elle l'était d'avance et doit baisser si elle était au-dessus de la normale avant l'opération.

Il est des cas où la température qui était élevée avant l'opération continue à rester au même degré ou, d'une manière plus générale, les malades continuent une courbe commencée sans ascension ni déferescence.

De trois choses l'une, ou bien le but cherché par l'opération n'a pas été atteint, ou bien l'une des causes énumérées plus haut existe, ou bien encore il existe une affection accidentelle ou constitutionnelle qui, parallèlement à la maladie otique, continue son évolution. Il en est ainsi pour les tuberculeux, par exemple, chez lesquels il faut bien se garder d'attribuer *a priori* aux accidents d'origine otique, une élévation de température qui peut avoir pour cause des accidents pulmonaires ou autres (voir obs. XLI).

PREMIER PANSEMENT. — Pour le premier pansement, comme pour tous ceux qui suivront, on se munira des objets suivants :

Deux cuvettes : une pour la stérilisation des mains, l'autre pour le lavage du champ opératoire ;

Deux plateaux : un pour les instruments, l'autre pour les mèches de gaze ;

Comme solution antiseptique nous employons ordinairement soit le phénosalyl à 1/100, soit le cyanure de mercure à 1/1,000 ;

Des champs stérilisés ;

Du coton hydrophile stérilisé ;

De la gaze iodoformée à 1/10 (tissu fin ;

De la gaze stérilisée simple (tissu fin) ;

De l'alcool à 90° pour stériliser les récipients ;

De l'eau oxygénée ;

De la teinture d'iode ;

Des bandes de crêpe Velpeau de 0^m,10 de large ;

Les diverses solutions caustiques et antiseptiques dont on peut avoir besoin ;

Un miroir de Clar ;

Un galvanocautère.

Instruments. — Deux pinces à oreille sans mors, une paire de ciseaux, un stylet d'oreille, stylets porte-coton, deux pinces hémostatiques pour fixer les champs, spéculum d'oreille, une curette fine, une curette annulaire.

La levée du premier pansement, faite cinq ou six jours après l'opération, a une grande importance, car on profitera de l'occasion, le plus souvent, pour achever le nettoyage de la cavité souvent inachevée en fin d'opération et quelquefois même pour faire un petit curettage complémentaire dont on n'avait pas reconnu plus tôt la nécessité. C'est pour cette raison et aussi parce que cette levée du premier pansement est assez douloureuse qu'il est bon d'administrer du chloroforme au malade, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'opérés nerveux ou pusillanimes ayant présenté des lésions étendues.

Il ne faut pas oublier que ce sont les mèches de gaze iodoformées appliquées au premier pansement qui ont fait l'hémostase et que le champ opératoire sera inondé de sang si on enlève brutalement ces mèches hors de la plaie. Comme il y a intérêt pour les raisons énumérées plus haut à voir le plus nettement possible l'aspect de la plaie, il faut procéder à la levée de ce premier pansement avec la plus grande douceur.

L'eau oxygénée médicinale à 12 volumes est un excellent adjuvant dans ce cas. Si le malade n'a pas été anesthésié, son application atténue considérablement la douleur causée par le décollement des mèches.

Une fois la plaie détergée et exsangue il faut d'abord inspecter minutieusement tous ses recoins, surtout ceux qui se trouveront en contre-bas, en particulier lorsqu'on aura dû réséquer la pointe de la mastoïde et aller du côté du cou puis le recoin postérieur si l'on a fait la suture immédiate. On découvrira souvent sous des caillots sanguins des esquilles ou des copeaux osseux qu'on n'avait pas aperçus au cours de l'opération.

Dans les cas de cholestéatome, il est bon de profiter de ce pansement pour chercher avec soin si l'on n'aurait pas oublié la plus petite parcelle cholestéatomateuse qui se reproduira au centuple et plus tard manifestera extérieurement sa présence par une fistule aboutissant à une nouvelle tumeur ou à un foyer d'ostéite étendu, si par mégarde on a laissé cette parcelle se recouvrir par des bourgeons qui masquent sa présence dès le prochain pansement.

Si les lambeaux cutanés doivent prendre, ils seront adhérents dès cette époque. S'ils n'adhèrent pas entièrement à la surface osseuse sous-jacente, il ne faut pas hésiter à sectionner leurs extrémités libres qui se sphacèleront fatalement peu à peu et infecteront la plaie ultérieurement.

Au cas où l'on aura fait immédiatement la suture postérieure, il faut surveiller cette suture. Enlever les crins dont les points correspondants auraient suppuré ; laisser les autres en place jusqu'au second pansement.

Les mèches seront introduites en suivant les mêmes règles que pour le premier pansement et de manière à accentuer davantage, s'il est possible, la forme que doit, dès maintenant, commencer à prendre la cavité.

AUTRES PANSEMENTS. — C'est à partir de ce moment que va commencer la longue série des pansements proprement dits consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien, pansements qui seront monotones en apparence, mais où il faudra observer constamment une attention soutenue et toujours en éveil si l'on veut apercevoir les écueils nombreux et variés que nous allons essayer de passer en revue et qu'il est indispensable d'éviter pour mener à bien la tâche ardue que l'on aura entreprise.

Bien qu'il soit extrêmement difficile d'indiquer des règles précises pour chaque cas particulier et qu'il soit souvent indispensable de retomber à la fin — lorsqu'on croit tenir la guérison — dans les errements suivis au début, il est pourtant possible de tracer une ligne générale de conduite à tenir dans le plus grand nombre de cas.

C'est ainsi que, schématiquement, on peut diviser la série des pansements en trois périodes, dont deux assez courtes, la première et la dernière, et l'autre, la seconde, le plus souvent extrêmement longue.

La période du début est celle qui s'étend de l'opération au moment où l'épidermisation de la plaie a commencé.

La deuxième période, dite d'épidermisation, s'étend jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'épidermisation complète de la caisse et aussi d'une grande partie de l'aditus et du massif osseux du facial.

La troisième, enfin, va de ce dernier point à la guérison complète.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Cette période est celle que le malade passe généralement dans son lit ou tout au moins dans sa chambre. C'est pour ainsi dire une période d'expectation pré-paratoire à l'entrée en campagne pour atteindre l'épidermisation, période pendant laquelle on observera l'ennemi, sa force, ses points de concentration et où l'on prendra ses mesures défensives à l'avance pour lutter contre lui et le combattre pas à pas.

L'ennemi, c'est l'ostéite qui se cache sous les bourgeons fongueux qui la recouvrent; et, dès le début, il ne faut pas perdre de vue que ce n'est qu'en supprimant peu à peu bourgeons et ostéite que nous ferons avancer l'épiderme.

Durant cette première période, pendant laquelle le malade est fatigué par la chloroformisation, ne sort pas, n'a pas repris sa vie active habituelle, l'ensemble de la plaie reste atone et on constate souvent une absence de bourgeons, bons ou mauvais, aussi bien du côté de l'os que du côté des chairs. Les surfaces osseuses corticales restent blanches et sèches, les coupes sont également sèches, et ni les unes ni les autres ne présentent de traces de bourgeonnement. Les parties charnues montrent par places des petites plaques blanches, grisâtres et d'aspect diptéroïde.

Chez d'autres malades, au contraire, plus vigoureux ou moins terrassés par l'opération, le combat s'engage immédiatement et l'on voit, dès le deuxième pansement, pulluler des bourgeons charnus ou fongueux en divers points de la plaie.

Quoi qu'il en soit, cette première période, qui dure de dix à quinze jours, nous montrera en général une plaie sous deux aspects bien différents.

Premier aspect (bon). — Coloration carnée rouge uniforme de toute la cavité dont la forme s'est maintenue identique à elle-même depuis l'opération et dont les parois, ne présentant aucun bourgeonnement ni aspérité, sont résistantes et ne saignent pas au contact du stylet.

Deuxième aspect (mauvais). — Cavité rétrécie, en parti-

culier du côté de la caisse et de l'aditus, inégalement colorée et dont les parois sont recouvertes par places de bourgeons à l'aspect muriforme, mous, peu adhérents et saignant au contact du stylet, qui les traverse sans résistance pour arriver au contact d'une surface osseuse hérissée d'aspérités.

Dans le premier cas, pas d'hésitation possible, c'est l'aspect d'une plaie chirurgicale saine et aucun obstacle ne s'opposera à l'épidermisation rapide de la cavité et à la guérison, quelque moyen que l'on emploie. Ce sont ces malades, ordinairement guéris en cinq ou six semaines, que l'on a plaisir à panser tant on voit chaque jour l'épiderme marcher régulièrement et recouvrir peu à peu chaque partie de la cavité.

Il suffit pour cela d'être propre et de tamponner légèrement caisse, aditus et antre, à l'aide de deux mèches de gaze iodoformée, l'une dans la caisse, l'autre dans l'aditus, au cours des deux ou trois premiers pansements et ensuite avec des petits carrés de gaze stérilisée simple de 1 centimètre à 1 centimètre et demi carré de surface que l'on applique avec soin autant que possible à plat les uns sur les autres, de manière à ce qu'ils épousent le plus exactement possible la forme des diverses parties de la cavité sans qu'il se produise de plis sur les parois. C'est, d'ailleurs, toujours ainsi que nous commençons à panser au début, quitte à modifier, par la suite, suivant les besoins.

Il est loin d'en être ainsi dans le second cas, qui, hélas ! est de beaucoup le plus fréquent. Quand les bourgeons fongueux tendent à envahir ou tout au moins à déformer la cavité, quelle conduite faut-il tenir ? — C'est une question importante à élucider, car c'est sur elle que repose la technique des pansements de la fin comme du commencement.

Parfois les bourgeons croissent sur une surface osseuse dénudée, mais lisse et recouverte d'une mince couche d'ostéite qui disparaîtra rapidement ; dans ce cas, il suffira de détruire le bourgeon le plus doucement possible, superficiellement, en évitant de se servir de la curette pour ne pas irriter la surface sous-jacente et ne pas accentuer l'ostéite au lieu de la faire disparaître : on emploiera de simples badigeonnages à l'aide de la teinture d'iode pure, de la solution, dans l'eau

distillée de nitrate d'argent à 1/10, d'acide chromique à 3 0/0, de chlorure de zinc à 1/20.

D'une manière générale, si les bourgeons à détruire sont larges et sessiles on aura recours aux *solutions* ci-dessus ; s'ils sont de surface restreinte on usera de *perles* d'acide chromique ou de nitrate d'argent. On ne se servira de la curette que si les bourgeons sont pédiculés et faciles à détacher sans intéresser leur surface d'implantation.

A cette première période, les attouchements de ce genre sont généralement assez douloureux. On évitera en grande partie cet inconvénient en appliquant préalablement sur le point à toucher quelques cristaux de chlorhydrate de cocaïne.

Si, au contraire, le stylet fait découvrir au-dessous de volumineux bourgeons une surface inégale, *rugueuse* d'ostéite laissée, soit par suite d'oubli au cours de l'opération, soit par nécessité lorsqu'on se sera trouvé dans l'obligation de s'arrêter dans le voisinage de points dangereux, il ne faut pas hésiter à mettre à nu cette surface et à la surveiller aussi longtemps que dureront les pansements. Cette surface, en effet, arrivera certainement à se nécroser, en tout ou en partie et l'on verra un séquestre s'éliminer un jour l'autre.

Malheureusement, il n'est pas toujours facile de différencier nettement les 2 cas, surtout dans le début, et l'on se posera souvent, au cours des pansements, la question suivante, difficile à résoudre :

Il existe des fongosités, donc il y a de l'ostéite sous-jacente, superficielle ou profonde. Toutes les causes d'irritation de cette surface, telles que cautérisation, curettage, tamponnement, entretiendront et développeront l'ostéite et retarderont la guérison. Si donc on a cureté ou cautérisé des bourgeons, doit-on tamponner ou non la cavité après la destruction des dits bourgeons ?

A cela nous devons répondre : Oui, *sauf à la suite de cautérisations profondes avec le caustique pur ou le galvano-cautère, cautérisations qui déterminent une inflammation périphérique accentuée, et voici pourquoi :*

Le tamponnement de la cavité produit effectivement une certaine irritation des parois qui paralyse l'élimination de

l'ostéite, mais la compression de ces mêmes parois empêche le libre développement des fongosités et le rétrécissement rapide des cavités, et c'est ce but qu'il est important d'atteindre avant tout autre.

Si l'ostéite est étendue et la pousse des bourgeons intensive, il y a avantage à multiplier les pansements et à les faire quotidiennement, car lorsqu'on aura tamponné on empêchera ainsi l'irritation provenant du contact prolongé de la paroi avec la gaze et aussi avec le pus qui ne manque jamais d'être sécrété dans ces conditions.

Si, ayant cautérisé fortement, on n'a pas tamponné, il n'aura pu, en vingt-quatre heures, se produire un rétrécissement important.

Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais, en présence d'ostéite, se départir de la règle suivante : Tout en ne cédant jamais sur la question du rétrécissement de la cavité, procéder très doucement, de manière à irriter le moins possible.

En ce qui concerne le tamponnement, nous nous contentons généralement, pendant cette première période, de tamponner au début à l'aide de mèches de gaze iodoformée à 50 % ou de préférence à 10 %, de mèches de gaze stérilisée ensuite, ou des petits rectangles de gaze dont nous avons parlé ; mais il ne faut pas perdre de vue que ces mèches, si elles doivent être tassées pour maintenir l'écartement des parois de la cavité, ne doivent pas l'être trop pour ne pas laisser s'effectuer un drainage suffisant vers l'extérieur.

Il est un endroit qui doit toujours être fortement tamponné afin d'éviter l'atrésie, c'est le conduit auditif, à plus forte raison si l'on a pratiqué la suture immédiate.

DEUXIÈME PÉRIODE. — C'est pendant cette période, à laquelle il n'est pas possible d'assigner une durée déterminée car elle peut varier, suivant les cas, de quelques semaines à plusieurs mois, que le chirurgien va avoir à vaincre les plus grandes difficultés.

Dès qu'on voit l'épiderme commencer sa marche (en général à la partie antéro-inférieur du conduit) et que le bourgeonnement a commencé, lorsque la plaie, plus nette ne suppure plus ou presque plus, on abandonne la gaze iodoformée pour

ne plus employer jusqu'à la fin que la gaze stérilisée simple en petites lanières, ou mieux, en *barillets* de tissu fin dépourvu d'effilochures, enroulé en hélices assez serrées, représentant un petit cylindre de 1 centimètre de hauteur sur 3 à 4 millimètres de diamètre. Ces barillets sont placés dans les diverses parties de la cavité, de telle sorte qu'ils puissent le mieux possible épouser sa forme. Ils impriment à chaque fois leur trace sur la paroi et du fait de leur juxtaposition il résulte que la partie cruentée qui tend à bourgeonner pousse entre les deux cylindres à la façon d'une pâte qu'on aurait pétrie entre les doigts. Afin d'éviter la formation de ces petites saillies, on ne place jamais deux fois de suite les barillets dans les mêmes empreintes, on contraire, au contraire, les positions de manière à écraser les dites saillies.

Une fois, par exemple, on placera un barillet en long suivant l'axe du conduit avec une de ses bases appliquées sur le fond de caisse et un autre barillet appliqué dans le fond de de l'aditus suivant l'une de ses génératrices. Au pansement suivant, les barillets seront placés dans des positions perpendiculaires aux premiers, les uns verticalement, debout dans la caisse, une base posée sur le plancher du conduit et les autres adossés sur le massif du facial, la base appuyée sur le plancher de l'aditus (voir *fig. 2*). Ces barillets peuvent être faits à l'avance ou même pendant le pansement, à la demande de la forme de la cavité à remplir, avec de la gaze iodoformée ou de la gaze stérilisée. Les seules parties dont on a intérêt à conserver la forme sont tamponnées à l'aide des barillets, les autres avec des mèches de même tissu.

Ces barillets constituent un bloc plus dense que les simples mèches et par suite, établissent un drainage médiocre de la plaie. Aussi est-il bon de changer de méthode en alternant de temps en temps les pansements à l'aide de mèches avec les pansements aux barillets, surtout quand il y a du pus.

Dans ce dernier cas, les pansements doivent être faits tous les jours, nous l'avons déjà dit.

A chaque pansement, on lavera avec soin le pourtour cutané de la plaie, ainsi que le pavillon de l'oreille, à l'aide d'un

tampon d'ouate imprégné d'eau boriquée et comprimé. On veillera avec soin à ce que les cheveux ou la barbe n'envahissent pas le champ qui doit rester stérile, et, pour cela, on fera de cet emplacement une toilette complète toutes les fois qu'il en sera besoin.

Si l'intérieur de la plaie s'infecte et suppure accidentellement, un bain court d'eau oxygénée produira le meilleur effet.

Le topique par excellence et le plus inoffensif pour lutter contre une infection persistante de la plaie, c'est la solution dans l'eau distillée d'acide chromique à 3 % en badigeonnage et à 1/300 en application à demeure. Imprégner un barillet ou une mèche de cette solution et les laisser en contact avec la plaie pendant vingt-quatre heures. Cette manœuvre n'empêche pas de tamponner, mais pour vingt-quatre heures seulement.

Différents obstacles à vaincre pour faire progresser l'épidermisation. — a) *Ostéite, fongosités.* — Nous avons vu dans le paragraphe précédent, comment il fallait se comporter en présence de bourgeons décelant la présence d'ostéite sous-jacente et venant faire obstacle à la marche de l'épiderme qui devra tapisser définitivement la cavité. C'est durant cette seconde période qu'on aura le plus souvent à intervenir dans de semblables cas et où l'on devra agir différemment suivant les positions diverses qu'occuperont ces bourgeons.

D'après notre propre expérience, les positions les plus fréquemment occupées sont les suivantes :

- Fond de caisse ;
- Aitus ;
- Massif du facial ;
- Cellules sous-pyramidales.

Dans le plus grand nombre des cas d'évidement pétromastoidien, la caisse est bourrée de fongosités et il n'est pas rare de constater une ostéite étendue du fond de caisse et en particulier de la partie qui se trouve en contre-bas, à savoir : le pourtour de l'orifice dans la cavité de la trompe d'Eustache et le recessus prétympanique. Il est facile de comprendre pourquoi cette partie est le plus souvent envahie par les bourgeons au cours des pansements. C'est que pendant l'opé-

ration on n'ose pas, en général, curetter à fond la caisse à cause des blessures dangereuses que l'on pourrait produire (étrier, canal semi-circulaire, facial) et la plupart du temps l'ostéite persiste longtemps : c'est même souvent au pourtour du pavillon tubaire, partie de l'os très friable, que l'on constate en dernier lieu de l'ostéite et de la suppuration, alors que tout le reste de la cavité opératoire est déjà épidermisé.

Ces bourgeons du fond de caisse doivent être détruits avec douceur, à l'aide des caustiques, et avec beaucoup de précautions si l'on emploie la curette.

Il est bon de savoir s'orienter sur un fond de caisse d'évidé et de connaître à peu près l'emplacement des parties précitées, afin d'épargner au malade et au chirurgien certains ennuis parmi lesquels je citerai plus loin les principaux ; il suffit de reconnaître l'une de ces parties d'où l'on déduira la position relative des autres.

En général, et surtout au début des pansements, l'orifice de la trompe reste perméable. Il suffit de faire exécuter un valsalva au malade pour connaître l'emplacement de cet orifice et par suite les positions relatives des fenêtres rondes et ovales, ainsi que celle du canal semi-circulaire externe.

Si l'orifice de la trompe est difficile à apercevoir ou obturé, il est presque toujours facile de découvrir l'emplacement de l'étrier de la manière suivante : diriger la tige du stylet tangentiellement à la partie la plus antérieure de l'angle arrondi du massif osseux du facial, sa pointe rencontrera exactement la fenêtre ovale ou piquera à un ou deux millimètres en avant, suivant que la crête du massif aura été plus ou moins abrasée.

Sans parler des accidents graves qui peuvent résulter d'imprudence de curettages ou de cautérisations pratiqués dans l'attique ou sur le fond de caisse, il est bon de ne pas ignorer l'éventualité d'autres inconvénients résultant des manœuvres des pansements eux-mêmes et qui, quoique moins sérieux, doivent quand même être évités.

Qu'il me suffise de citer les trois cas suivants, qui me sont personnels :

1° Une parésie faciale ayant persisté plusieurs jours et dont

l'apparition avait produit l'impression la plus désagréable sur le malade et sur son chirurgien et survenue à la suite du curettage trop brutal d'un bourgeon dans l'attique (Obs. XXX).

2° La projection brusque, la tête la première, d'un malade assis, en position otologique, sans aucun symptôme antérieur, à la suite d'une pointe de feu sur un point correspondant au canal semi-circulaire (Obs. III).

3° On me fit venir d'urgence à la campagne, un dimanche, auprès d'une jeune fille en cours de pansement pour des vertiges, nausées, vomissements et autres phénomènes dont l'ensemble avait fait redouter aux parents et au médecin appelé d'urgence l'apparition d'une méningite. Il avait suffi d'une compression trop violente par un barillet d'un bourgeon charnu placé en face de l'étrier. Le pansement levé et refait sans tamponnement, tout avait disparu (Obs. XXII).

Si les bourgeons qui poussent dans la fente — partie du bissac horizontale constituée par l'aditus et par le fond de l'antra — apparaissent moins fréquemment que les précédents, ils doivent attirer l'attention bien davantage parce qu'ils sont, en général, par leur persistance et leur situation, la cause d'inconvénients qui constituent certainement l'écueil le plus constant et le plus difficile à surmonter pour les débutants : je veux parler du comblement de cette cavité et par suite du fond de l'antra (sac postérieur du bissac).

Il est extrêmement difficile de reconstituer cette tranchée une fois qu'elle a été comblée, si l'on a eu l'imprudence de la laisser se rétrécir peu à peu et de permettre à ses parois horizontales de se rapprocher jusqu'au contact. La forme définitive de la cavité ne se conserve pas intégralement et la guérison est compromise, parce que l'épiderme qui s'étend du massif du facial au toit de l'aditus n'est qu'un pont jeté sur la tranchée et recouvrant presque toujours un foyer d'ostéite plus ou moins étendu qui continue sournoisement son œuvre et qui se révélera un jour ou l'autre par une goutte de pus à l'orifice d'une fistulette, ou, plus tard, par une récurrence, alors qu'on croyait tout fini depuis longtemps.

Prenez un stylet suffisamment rigide et sondez en tous

points cette surface épidermée à ses parties antérieures ou externes et vous trouverez presque certainement, en faisant varier l'obliquité du stylet, un point faible qui se laissera traverser par l'instrument dont la pointe, s'enfonçant à une plus ou moins grande profondeur, finira par découvrir une surface rugueuse d'ostéite et quelquefois un séquestre ou du cholestéatome, suivant les cas.

Il est donc extrêmement important de ne pas laisser cette cavité se combler, et, pour cela, il ne faut la laisser se rétrécir sous aucun prétexte.

S'il survient des bourgeons en cet endroit, curettez ou cauterisez légèrement, mais tamponnez constamment avec patience. Un jour ou l'autre, un séquestre s'éliminera et les parois, débarrassées des bourgeons, redeviendront lisses et propres à recevoir l'épiderme définitif.

Les bourgeons qui peuvent se produire sur les diverses faces du massif du facial pourront se diriger dans plusieurs sens et tendre à combler, soit la cavité précédente ainsi que nous venons de le décrire, soit au contraire — en tout ou en partie — la portion verticale et antérieure du bissac constituée par l'attique et la caisse.

Voici les deux éventualités les plus fréquentes : ou bien un pont s'étend de la partie antérieure du massif à la paroi antérieure de la caisse et du conduit auditif et ce pont est, suivant le cas, relié par des brides fibreuses aux autres parois de la cavité dans différentes directions ; ou bien un diaphragme, véritable tympan fibreux, s'est formé peu à peu à la place du tympan normal et constitue la porte d'un recessus plus ou moins étendu, derrière lequel pourront se préparer tous les désordres que nous avons signalés précédemment.

Ce dernier cas mérite d'attirer particulièrement l'attention, car il semble que le diaphragme ainsi formé se reproduise sur l'emplacement même du tympan, lorsque l'anneau tympanal n'a pas été complètement détruit au cours de l'opération.

Aucun de ces impedimenta ne doit se produire si l'on a soin de tamponner et de panser suivant les règles indiquées plus haut. Toutefois, si, par nécessité ou par négligence, on n'a pu empêcher leur production, il faut se dire que presque cer-

tainement, *c'est un mur derrière lequel il se passe quelque chose* et ne pas s'endormir dans une fausse sécurité en considérant le malade comme guéri, parce qu'on ne voit que de l'épiderme à la simple inspection de la cavité.

C'est une illusion ; la cavité n'est pas entièrement *tapissée* d'épiderme puisqu'elle n'a pas conservé sa forme, elle est *cloisonnée* par une lame fibreuse tendue entre deux parois.

Il ne faut pas hésiter une minute à détruire pont, brides ou diaphragme, à nettoyer avec soin les clapiers, puis à recommencer à tamponner méthodiquement comme au début.

En ce qui concerne l'ostéite des cellules sous-pyramidales, il est très difficile de la faire disparaître et les principales raisons en sont le danger de toucher le facial et la difficulté d'atteindre jusqu'au fond de ces cellules blotties sous le massif osseux. Un stylet recourbé en arrière et introduit par le méat auditif, sous le contrôle de la vue, permet pourtant de pénétrer au fond de ce puits, d'en mesurer la profondeur et de percevoir la rugosité de ses parois.

En présence de cet accident, il y a intérêt à irriter le moins possible, à se contenter de maintenir béant l'orifice de la cavité, en un mot, de se conduire ici comme s'il s'agissait d'une véritable fistule.

b) Fistules. — On peut se trouver en présence de deux espèces de fistules au cours des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien :

1° *Les grandes fistules* ou *fistules acquises*, existant déjà au moment de l'opération et ayant été produites par les fusées de pus dans différentes directions : sterno-cléido-mastoïdien, digastrique, gaine des gros vaisseaux, etc. Les soins à apporter pour guérir ces fistules relèvent de la chirurgie générale et ne comportent rien de spécial au point de vue des pansements. On introduira dans les fistules un antiseptique tel que teinture d'iode, éther iodoformé ou naphthol camphré, puis on maintiendra pendant quelque temps un drain ou une mèche de gaze qu'on raccourcira de plus en plus pour que la fistule se comble du fond vers la surface extérieure.

2° *Les petites fistules*, ou *fistulettes* constituées par un étroit canal, conduisant le pus depuis un foyer d'ostéite jusqu'à l'une des parois de la cavité.

Ce sont les fistules dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent. Elles peuvent être purement osseuses comme lorsqu'elles servent d'exutoire au pus qui provient d'une cellule sous-pyramidale et sort à la partie antérieure du massif osseux. Elles peuvent, au contraire, s'être tracé un chemin plus ou moins sinueux à travers les masses fongueuses ou fibreuses recouvertes ou non d'épiderme comme dans les cas précités où l'une des parties profondes de la cavité opératoire avait été comblée.

Quelle que soit la nature de la fistule, le traitement doit viser le même but par des moyens différents : *agrandir la fistule pour faciliter le drainage.*

Si la fistule est osseuse — ce sont les cas les moins fréquents — on élargira son diamètre prudemment dans les limites du possible, en évitant de toucher les zones dangereuses sur son pourtour, le facial, par exemple. Parmi ces fistules osseuses, il peut s'en trouver dont la découverte présente quelque difficulté. Dans le cas d'un nommé D..., âgé de soixante ans (obs. III), qui avait tenté de se suicider au moyen d'un coup de revolver tiré dans l'oreille, il était resté dans le rocher des parcelles de plomb détachées du corps principal de la balle antérieurement extraite. Une zone d'ostéite et de fongosités avait entouré et caché à la vue une de ces parcelles qui ne communiquait plus avec l'extérieur que par une fistulette extrêmement étroite laissant échapper une quantité de pus infinitésimale.

Cette fistulette se trouvant dirigée vers le sinus nous nous sommes en sonde la profondeur qu'avec de grandes précautions. L'existence de cette parcelle métallique fut décelée au moyen de l'appareil de Trouvé. Le corps étranger une fois extrait, l'ostéite disparut et la cavité fut bientôt épidermée tout entière.

Dans les cas de fistules non osseuses, il faut élargir franchement l'orifice extérieur à la curette ou simplement au stylet, — ce qui est, en général, facile, — puis maintenir l'écartement en introduisant dans la nouvelle cavité de petits barillets de gaze dont on augmente progressivement le diamètre d'un pansement à l'autre. Une fois le foyer complète-

ment découvert, traiter comme précédemment ; écarter les parois, appliquer des antiseptiques sur le fond que l'on évitera d'irriter le plus possible et attendre patiemment la guérison de l'ostéite, puis l'élimination du séquestre.

En cas de cholestéatome il se pourra qu'on ramène des parcelles caractéristiques indiquant une légère récurrence. Le fond de la fistule sera alors cureté doucement, mais avec le plus grand soin.

c) *Séquestres*. — Il est rare qu'on ait à panser un évidé pétro-mastoïdien sans avoir l'occasion, au cours des pansements, de rencontrer des séquestres osseux, dont il est nécessaire d'attendre l'élimination. La marche est toujours la même : *ostéite, nécrose de la surface osseuse, séquestre*.

Si donc on se trouve en présence d'une surface d'ostéite assez considérable, on peut, dès l'origine, prévoir la formation d'un séquestre à une époque plus ou moins éloignée et l'on peut être tenté d'extraire sur le champ le petit fragment d'os nécrosé de cette surface. Il faut bien s'en garder et attendre la chute spontanée de ce séquestre ou, tout au moins, ne l'enlever que lorsque la mobilité est complète.

En agissant autrement, on risque de produire, à l'endroit de l'arrachement, un autre point d'ostéite plus ou moins étendu, qui peut donner lieu à son tour à une nécrose, puis à un séquestre dont on pourra encore attendre longtemps l'élimination, et ainsi de suite.

Il faut quelquefois plusieurs mois pour qu'un point d'os atteint d'ostéite se nécrose puis tombe en séquestre ; et, comme il n'existe guère que la patience comme traitement de ces accidents, on doit tirer de là une double conclusion : qu'il faut risquer le moins possible de faire reproduire de l'ostéite et ensuite que la plupart des pansements consécutifs à l'évidement sont, en général, de longue durée.

Il peut se former des séquestres en tous les points de la cavité opératoire. Tantôt c'est un morceau de paroi d'une cellule mastoïdienne qui s'élimine, tantôt un fragment du massif osseux, tantôt une écaille du plancher du conduit ou bien du toit de l'attique.

Il est quelques cas délicats que nous avons rencontrés et

que nous croyons devoir signaler à cause de la difficulté de trouver la meilleure conduite à tenir dans chaque circonstance.

1° Une femme de trente-deux ans, avec paralysie faciale acquise avant l'opération a vu sa paralysie s'accroître peu à peu et devenir incurable par suite d'un fragment du massif touchant le nerf et dont l'élimination avait été accélérée par l'opération (obs. XLI).

2° Un homme de cinquante ans, L... (obs. XXVII), est mort en quarante-huit heures de méningite avec phénomènes tétaniques, opisthotonos, etc., par suite de l'ablation à la curette d'un petit séquestre du toit de l'attique alors que tout le reste de la cavité était épidermisé et que le malade était considéré comme à peu près guéri.

Dans d'autres cas, où il a été impossible de faire bourgeonner la surface osseuse dénudée, on assiste à l'élimination de séquestres importants aux dépens de la table externe de l'écaille du temporal. Il faut, comme dans les cas précédents, savoir attendre et attendre souvent longtemps, en évitant avec soin tout grattage. Chez deux de nos malades (obs. XXXIX et XLVII), le reste de la cavité était déjà épidermisé qu'on attendait encore la chute d'un séquestre de cette espèce recouvert de fongosités et sécrétant un pus assez abondant coulant jusque dans la cavité.

Le séquestre dont on attend l'élimination — alors que la guérison est complète par ailleurs — peut se trouver aussi dans d'autres positions. C'est ainsi que chez un enfant de dix-huit mois, considéré comme guéri depuis plus de deux mois, nous attendons encore aujourd'hui l'élimination d'une surface nécrosée, située à la partie postérieure de la cavité, dans la direction du sinus. On comprend toute l'importance qu'il y a de laisser ce point tranquille et de ne produire aucune irritation par un attouchement quelconque. Aussi nous contentons-nous de faire tous les huit jours une insufflation de poudre d'acide borique. C'est, d'ailleurs, la ligne de conduite que nous suivons d'ordinaire en pareil cas.

Au début, pourtant, alors que l'écaille blanche et sèche, mais solide, n'a pas encore commencé son ostéite, il est permis

d'irriter de temps en temps sa surface en grattant à la curette. C'est un moyen par lequel nous sommes arrivé quelquefois à faire naître le bourgeonnement. Un autre moyen consiste à recouvrir cette même surface avec de l'*onguent basilicum*.

d) *Infections diverses*. — La peau voisine de la plaie et cette plaie elle-même peuvent s'infecter soit séparément, soit simultanément pour des motifs identiques ou différents. Le plus souvent, elles s'infectent l'une par l'autre. La négligence dans les pansements qui recouvrent insuffisamment la plaie, le déplacement des pansements par les malades, et, enfin, l'aseptie insuffisante des objets de pansement ou des mains du panseur sont autant de causes générales d'infection de la plaie contre lesquelles il est souvent difficile de lutter.

J'eus deux fois l'occasion d'observer l'infection pyo-cyanique (obs. IX) qui fut extrêmement tenace.

Dans ces cas, j'ai employé successivement des bains divers d'eau oxygénée à 12 volumes, de nitrate d'argent à 1/50, de chlorure de zinc à 1/50 et d'acide chromique à 1/300. J'ai fait exceptionnellement les grands lavages de la plaie avec une solution de phéno-salyl à 1/200 ou de cyanure de mercure à 1/2,000.

Cette infection s'étend souvent aux régions circonvoisines et l'on observe fréquemment de la tuméfaction, de la rougeur et de la lymphangite, accidents contre lesquels on luttera au moyen d'applications de compresses humides imprégnées de sérum et renouvelées quotidiennement. Dans ces derniers cas, il faudra bien se garder d'employer les bains de caustiques et même d'eau oxygénée ; les grands lavages suffisent.

Parfois, chez certains sujets prédisposés, la suppuration plus ou moins abondante de la plaie entretient de l'eczéma de la peau voisine et du pavillon qui dure tant que durent les pansements et qui gêne considérablement la guérison pour cette raison que l'eczéma suppure à son tour et réinfecte la plaie et *vice versa*. Comme précédemment, il faut, dans ces cas, éviter les caustiques qui, chez ces sujets, peuvent non seulement entretenir l'irritation de la peau, mais la provoquer (obs. XXXIX, XLVI et XLVIII).

Si l'eczéma est sec, des applications de pommade à l'oxyde

de zinc ou mieux de vaseline pure stérilisée suffiront à préserver la surface atteinte qu'on isolera d'ailleurs le plus possible du foyer de la suppuration. S'il secrète, on emploiera des applications de compresses humides trempées dans un mélange à parties égales d'eau bouillie et d'*Eau d'Alibour*, traitement qui devra être interrompu parfois et remplacé par des applications de vaseline pure stérilisée pendant un ou deux jours. Dans ces différents cas, il est utile de faire les pansements tous les jours.

Enfin, lorsque la plaie revenue à peu près à l'état normal, il y a persistance de l'eczéma du pavillon et des régions voisines, il y a intérêt à saupoudrer abondamment en fin de pansement toute la surface malade avec une poudre calmante stérilisée (par exemple : talc et oxyde de zinc à parties égales).

La chondrite ou la périchondrite s'observent parfois à la suite d'infections de la plaie et, en particulier, au début des pansements. Cet accident, que j'ai toujours vu se limiter assez facilement, a le grand inconvénient d'être douloureux pour le malade. On arrive généralement à calmer l'inflammation et la douleur par l'application de pansements humides.

L'érysipèle est une complication grave, mais rare. Dans ce cas, il est évident qu'on doit se préoccuper beaucoup plus de traiter l'érysipèle que de favoriser la marche de l'épidermisation. Le malade étant isolé, on prendra les précautions d'usage : enduire la peau oedématisée de vaseline au sublimé. Compresses humides antiseptiques sur les parties avoisinant la plaie. Pulvérisations, etc. (obs. XXVI).

Une complication gênante que nous avons observée au cours d'un érysipèle chez un évidé est l'adénite cervicale suppurée. Cet accident complique singulièrement les pansements et, la principale précaution consiste à séparer les deux foyers l'un de l'autre (même obs.).

Une fois l'érysipèle guéri, il se produit, en général, un fait curieux : la facilité inattendue avec laquelle s'effectue l'épidermisation si l'on n'a pas eu à déplorer au cours de la complication, des délabrements trop considérables qu'il est indispensable de réparer d'abord.

e) *Hémorrhagies*. — Après la chute d'une série de séquestres

consécutive à de vastes nécroses osseuses, il survient parfois des hémorrhagies très abondantes et qu'il est difficile d'arrêter.

Chez la nommée Pauline L... (obs. XLI) on eut plusieurs fois à déplorer des accidents de cette espèce.

Une fois entre autres il survint une hémorrhagie subite tellement abondante qu'on la crut un instant d'origine carotidienne.

On conçoit aisément que, dans les cas de ce genre, on doive agir avec la plus grande prudence et *attendre* peu à peu la guérison en se contentant de soins de propreté et en évitant toute espèce de traumatisme.

TROISIÈME PÉRIODE. — Quand il n'existe plus de pus, quand, la forme de la plaie étant bien conservée, l'épidermisation est suffisamment avancée c'est-à-dire, généralement, quand l'épiderme a tapissé successivement la caisse, l'aditus et une partie du massif osseux du facial, il est devenu inutile de tamponner. Cette manœuvre deviendrait nuisible et n'aurait pour effet que de produire de l'irritation et même la destruction de l'épiderme néo-formé. C'est la dernière période qui commence, et, si l'on a suivi avec soin toutes les indications précédentes, il n'existera plus dans les parties dangereuses — caisse, aditus et autre — aucun accident de nature à empêcher la guérison qui pourra, dès lors, être assurée.

A partir de ce moment, les pansements deviennent très simples et ne demandent que des soins de propreté. De temps en temps, un bain d'eau oxygénée permettant de nettoyer à fond toutes les parties de la cavité ; séchage parfait puis insufflation de poudre d'acide borique qu'on ne laissera pas séjourner trop longtemps dans la cavité, en particulier si celle-ci est encore humide par le fait de la non-épidermisation des parties les plus extérieures.

Si l'ouverture postérieure a été suturée immédiatement après l'opération, ou si, au cours des pansements, on a laissé se rétrécir peu à peu cette ouverture jusqu'à obturation ou, en tous cas, jusqu'à rétrécissement et cutanisation des parois de la fistule réduite à d'infimes dimensions, les soins qui précèdent suffisent.

Si, au contraire, l'orifice postérieur est resté béant et que

l'on ait continué à panser par ce regard, de deux choses l'une, ou bien on fera tous ses efforts pour faire rétrécir peu à peu cet orifice pour tomber dans le cas précédent, ou bien on sera dans la nécessité, étant donnés les délabrements, de lui conserver ses dimensions.

Dans les deux cas, le but sera le même : faire que l'épiderme de la peau mastoïdienne se raccorde avec l'épiderme nouvellement formé de la cavité opératoire.

Deux obstacles principaux peuvent se présenter :

1° La présence de bourgeons et d'ostéite sous-jacente. Les bourgeons seront détruits par des attouchements au crayon de nitrate d'argent ; on évitera de tamponner leur surface et l'on attendra, s'il y a lieu, l'élimination de la surface osseuse malade.

2° La présence d'un bourrelet épidermique corné formant autour de l'orifice une collerette que l'épiderme ne peut pas franchir. Ce bourrelet sera enlevé à la curette et le nivellement se fera peu à peu.

Dans l'un et l'autre cas, pour faciliter le raccordement, on aura soin de placer des mèches de gaze stérilisée simple à plat et à cheval sur le rebord de l'orifice, de manière qu'aucun pli d'étoffe ne vienne gêner la marche de l'épiderme.

Durant cette période, les malades continueront à être vus tous les deux ou au plus tous les trois jours. Lorsque l'épidermisation sera complète, on se contentera de surveiller tous les huit jours, puis tous les quinze jours, le malade probablement guéri.

L'opéré ne devra pas être perdu de vue pendant de longs mois, et même, dans son intérêt, pendant plusieurs années. Il reviendra à intervalles plus ou moins éloignés suivant la qualité de la peau.

Dans quelques cas où, tout accident écarté, l'épidermisation marchait néanmoins très lentement, nous avons utilisé les propriétés épidermisatrices de l'air surchauffé et avons ainsi hâté d'une manière appréciable la fin de l'épidermisation. Une application d'air chaud de trois minutes, fréquemment interrompue, était faite tous les deux jours et suivie ou non d'une insufflation d'acide borique, puis de l'introduction d'une mèche de gaze lâche dans la cavité (obs. VI).

Les pansements extérieurs sont de deux sortes : aussi longtemps qu'il y a danger d'infection de la plaie, nous employons le bandage de tête complet fait au moyen de la bande de crêpe Velpeau de 10 centimètres (avoir soin d'envelopper le pavillon de gaze stérilisée avant d'appliquer la couche d'ouate sur lui et les parties voisines). Plus tard, lorsque l'orifice postérieur est réduit à des dimensions restreintes et où il n'existe plus de foyer septique étendu, nous employons le petit bandeau triangulaire de Hartmann beaucoup moins gênant pour les malades. Nous faisons, toutefois, exception pour les petits enfants, chez lesquels nous appliquons les grands pansements jusqu'à la fin par mesure de précaution.

*
* *

Postérieurement à la guérison, la cavité opératoire épidermée, dont la surface était primitivement unie, devient peu à peu rugueuse et inégale par suite de l'apparition de petites exostoses de réparation qui font saillie de place en place.

On observe également, en même temps qu'une desquamation épidermique assez intense, une sécrétion cérumineuse extrêmement abondante. Il est bon de ne pas laisser ce cérumen s'accumuler dans les diverses parties de la cavité et, en particulier, dans le recessus mastoïdien postérieur.

Les cas de cholestéatome doivent être surveillés pendant plusieurs années. Car, dans cette cavité qui est restée en parfait état pendant longtemps, on peut voir apparaître un jour les petites parcelles blanches caractéristiques.

Je citerai, à l'appui de mon dire, le cas d'un homme de cinquante et un ans, M. D... (obs. XVI), opéré le 20 décembre 1898, qui, depuis sa guérison, vient me voir tous les trois mois. L'année dernière, au mois de décembre, j'eus la surprise de constater la présence de petites masses cholestéatomateuses au milieu d'un magma de cérumen et de pus concrété. Cet accident n'eut d'ailleurs pas de suite fâcheuse grâce aux soins apportés en temps utile.

La surface intérieure de la cavité est, comme toutes les sur-

faces cutanées cicatricielles ou de néo-formation, exposée plus que d'autres à l'irritation et aux dermatoses et, en particulier, à l'eczéma. Après les soins et nettoyage nécessaires, suivant l'état de la surface, nous nous sommes trouvé bien le plus souvent de ne plus laisser en contact de cette peau délicate des substances desséchantes ou des poudres quelconques — acide borique ou autres — dont l'effet immédiat peut être salulaire, mais qui fermentent ultérieurement et infectent l'épiderme.

Si nous évitons avec le plus grand soin la présence de toute humidité, nous ne tenons pas non plus à laisser l'épiderme de la cavité dans un état de sécheresse exagérée, et nous avons l'habitude, après chaque nettoyage, de badigeonner très légèrement la surface cutanée avec une petite quantité d'huile de vaseline stérilisée.

En dehors de l'eczéma, l'accident le plus fréquent chez les anciens évidés est produit, par la pénétration dans la cavité, au cours des coryzas aigus, de mucus nasal arrivant par la trompe d'Eustache chez les malades dont l'orifice tubaire ne s'est pas obstrué au cours des pansements. Ce mucus s'accumule, fermente, devient purulent et peut irriter non seulement les régions péritubaires, mais encore une partie plus ou moins étendue de la cavité. Le malade prévenu vient quelques fois de suite se faire traiter et cet inconvénient disparaît, le plus souvent, rapidement en même temps que le coryza au moyen de simples soins de propreté.

Mais il peut en être tout autrement si le malade néglige de venir se faire soigner et nous avons observé des cas de reproduction d'ostéite péritubaire très tenace et constituant de véritables rechutes dont il est parfois difficile d'obtenir la guérison (obs. XXII).

C'est là un des inconvénients de la persistance de la communication cavo-cavitaire qu'il y a intérêt à intercepter au cours des pansements toutes les fois que c'est possible.

Résumé des observations

N°	Noms	Professions	Âges	Causes de l'évidement	Date des opérations	Date de la guérison	Durée des pansements	Observations
1	Marguer, R...	Concierge	33 ans	Otorrhée droite.	18 fév. 1897	28 mars 1898	13 mois	Obturation de l'orifice rétro-auriculaire le 8 janvier 1900. Guérison persiste.
2 3	Ernest D... Defr...	Emballleur Rentier	25 ans 56 ans	Cholestéatome. Corps étranger de l'oreille (Balle de revolver)	8 janv. 1897 17 janv. 1897 Réopéré le 11 juin 1897	8 juill. 1898 28 mars 1898	18 mois 15 mois	Cuérison maintenue. Obturation de l'orifice rétro-auriculaire persistant le 2 déc. 1899. Pas de récurrence, mais poussées d'eczéma fréquentes qui obligent le malade à venir se faire examiner tous les deux mois. Guérison persiste.
4	Ar...	Epicière	40 ans	Otorrhée. Cholestéatome.	14 mai 1897	12 fév. 1898	8 mois	Formation d'un diaphragme à la place du tympan qu'on dut ouvrir postérieurement à la guérison et derrière lequel se trouvait un clapier de fongosité et de cholestéatome occasionnant des vertiges et des céphalées. Guérison persiste.

5	Main...	Jardinier.	17 ans	Otorrhée. Sténose du conduit.	44 mai 1897	28 mars 1898	9 mois	Mort de tuberculose pulmonaire il y a 2 ans.
6	Louis M...	Serrurier.	20 ans	Otorrhée gauche. Cholestéatome.	17 déc. 1897	10 mai 1899	17 mois	Formation d'un diaphragme à la place du tympan derrière lequel on trouve du cholestéatome. Carrutage et nettoyage complet le 6 novembre 1899. Guérison persiste.
7	Émile C..	Employé.	35 ans	Otorrhée droite. Décollement. Abscess du cou.	1 ^{re} opération 15 nov. 1897 2 ^e opération 8 déc. 1897 3 ^e opération 25 mars 1898	7 mars 1899	16 mois	Malade dont le moulage en cire, pris en mai 1902, est représenté dans le texte. Guérison maintenue (orifice postérieur persistant). Guérison maintenue.
8	Roc...	Jardinier.	22 ans	Otorrhée gauche. Cholestéatome.	1 ^{re} opération 20 oct 1897	1 ^{er} janv. 1898	7 mois	Guérison persiste (orifice persistant). Un moulage a également été pris de ce malade en mai 1902.
9	Go...	Boucher.	50 ans	Otorrhée gauche. Décollement. Abscess du cou. Périsinusite latérale.	2 ^e opération (ligature de la jugulaire) le 8 déc. 1897	10 août 1898	10 mois	Pseudo-récidive, suite de grippe un an après la guérison. Malade mort il y a un an de tuberculose pulmonaire. Guérison maintenue.
10	May...	Marchand de vins.	29 ans	Mastoidite de Bezold.	17 oct. 1897	7 nov. 1898	13 mois	
11	Louise C...	Journalière.	27 ans	Otorrhée gauche.	1 ^{re} opération 30 juill. 1897 2 ^e opération 19 nov. 1897	10 nov. 1898	16 mois	

N°	Noms	Professions	Âges	Cause de l'événement	Date des opérations	Date de la guérison	Durée des pansements	Observations
12	Antonia M...	Conturière.	23 ans	Otorrhée gauche	1 ^{re} opération 27 mai 1898 2 ^e opération 1 ^{er} déc. 1898	20 mars 1899	10 mois	Guérison persiste.
13	Leb...	Camionneur.	30 ans	Mastoidite gauche	23 mai 1898	12 déc. 1898	6 mois	Guérison persiste.
14	Jacob L...	Maréchal.	28 ans	Otorrhée gauche	6 sept. 1898	31 janv. 1899	5 mois	Guérison persiste.
15	Dev...	Ebéniste.	26 ans	Fistule du conduit	23 nov. 1898	28 janv. 1899	2 mois	Guérison persiste.
16	Des...	Rentier.	54 ans	Otorrhée droite Décollement temporo-occipital Cholestéatome.	20 déc. 1898	14 août 1899	8 mois	Récidive de cholestéatome. Nettoyage et guérison facile (décembre 1901). Guérison persiste.
17	Alice P...	Cartonnière.	18 ans	Otorrhée droite. Décollement temporo-occipital Cholestéatome.	20 avril 1899	26 mai 1899	2 mois	Un diaphragme a persisté au devant de l'orifice tubaire. Pas de récurrence.
18	Alice G...	»	26 mois	Mastoidite droite.	19 mai 1899	16 déc. 1899	8 mois	Deux rechutes péri-tubaires suites de grippe (enfant rachitique).
19	Berthe P...	»	12 ans	Otorrhée gauche.	11 mai 1899	14 nov. 1899	6 mois	Guérison persiste.
20	Armand R...	Garçon charb.	21 ans	Otorrhée droite.	13 avril 1899	8 juill. 1899	3 mois	Guérison persiste.
28	Hélène X...	Danseuse.	20 ans	Otorrhée double. Evidemment à gauche.	1 ^{re} opération 1 ^{er} juin 1899 2 ^e opération 8 août 1899	25 oct. 1899	5 mois	Retard dans la guérison par suite de manque d'assiduité aux pansements. Guérison persiste.

22	Jeanne M...	Sans profess.	48 ans	Otorrhée gauche	10 juin 1899	1 ^{er} sept. 1899	4 mois	Obturation de l'orifice rétro-auriculaire persistant le 15 juin 1901. Guérison persiste, malgré une récurrence péri-tubaire s'étendant même à la fente adito-aurale à la suite d'une grippe.
23	Tony H...	Clerc de not.	49 ans	Otorrhée droite	16 juill. 1899	25 sept. 1899	3 mois	Guérison persiste.
24	Victor P...	"	45 ans	Otorrhée gauche Fistule mastoïdienne.	2 mars 1900	6 août 1900	5 mois	Orifice rétro-auriculaire persistant obtenu le 10 fév. 1901. Guérison pers.
25	André F...	Loueur de voitures	22 ans	Otorrhée droite Cholestéatome.	Evidement et ligature de la jugulaire, 1 ^{er} juin 1900	7 août 1900	2 mois	Guérison persiste.
26	Marie B...	Cuisinière	28 ans	Mastoïdite gauche au cours d'une infection puerpérale.	2 janv. 1900	8 mai 1900	4 mois	L'infection a suivi son cours malgré l'intervention auriculaire. Erysipèle. Adénite cervicale suppurée bilatérale. Ictère grave. Erysipèle. Guér. pers.
27	Lam...	Cordonnier	45 ans	Mastoïdite gauche	12 fév. 1900	Mort le 15 av. 1900, au cours des pansements.	"	Mort subitement en 48 heures avec des accidents méningitiformes.
28	Marie O...	Institutrice	27 ans	Otorrhée gauche	8 mars 1900	16 juin 1900	4 mois	Guérison persiste.
29	Annette P...	Ménagère	30 ans	Otorrhée gauche Abscess extra-dural	14 mai 1900	15 sept. 1900	4 mois	Obturation de l'orifice rétro-auriculaire persistant le 1 ^{er} déc. 1900.
30	Vil...	Foraine	22 ans	Mastoïdite droite	20 avril 1900	20 août 1900	5 mois	Guérison persiste.

N°	Noms	Professions	Âges	Cause de l'évidement	Date des opérations	Date de la guérison	Durée des pansements	Observations
31	Adolphe L...	"	18 ans	Mastoidite gauche	6 sept. 1900	5 avril 1901	7 mois	Fistules profondes du cou et de la gaine des gros vaisseaux. Guérison persiste.
32	Jacques V...	Maçon	33 ans	Cholestéatome à droite.	15 mars 1900	20 juill. 1900	4 mois	Le malade rentre à l'hôpital pour persistance de vertiges et de céphalées le 21 fév. 1901. Fonction lombaire sans résultat le 14 juin 1902 à cause du retour de ces symptômes. Rien depuis. Guérison persiste.
33	Georges S...	Imprimeur	32 ans	Mastoidite de Bezold gauche	2 fév. 1900	17 juin 1900	4 mois	La malade sortie de l'hôpital revint de nouveau dans le service de M. Lermoyez avec des phénomènes labyrinthiques accentués. Bientôt on vit s'élimer un séquestre sur la paroi interne et inf. de la caisse. Depuis la guérison persiste.
34	Marie R...	Ménagère	44 ans	Otorrhée droite	12 juin 1901	13 janv. 1902	7 mois	

35	Léonard S...	Colporteur	61 ans	Cholestéatome à droite	22 nov. 1901	15 mars 1902	4 mois	Guérison persiste.
36	Marie L...	Sans profess.	22 ans	Otorrhéancienne	14 avril 1901	10 avril 1902	1 an	Epidermisation irrégulière. Pas encore de récidive.
37	Marie L...	Domestique	21 ans	Cholestéatome à gauche	4 juill. 1901	8 sept. 1901	2 mois	Evidemment incomplètement fait par suite des précipitances combinées du sinus et de la dure-mère. Guérison persiste.
38	Nau...	Employé	26 ans	Otorrhée droite	6 oct. 1901	15 janv. 1902	3 mois	Obturation d'un très petit orifice rétro-auriculaire persistant. Guérison persiste.
39	Mi... (homme)	*	14 ans	Otorrhée gauche	8 juill. 1901	2 nov. 1901	4 mois	Guérison persiste.
40	Ch... (femme)	Sans profess.	22 ans	Otorrhée gauche	12 déc. 1901	3 mars 1902	3 mois	Guérison persiste.
41	Pauline L...	Domestique	22 ans	Otorrhée gauche chez une tuberculeuse pulmonaire	3 mars 1902	En cours de traitement. Accidents hémorragiques graves à la suite d'élimination d'un volumineux séquestre. Température constamment élevée même après l'opération.
42	Marie P...	Domestique	17 ans	Otorrhée droite Sténosedu conduit	15 nov. 1901	28 fév. 1902	3 mois	Malade très difficile à panser. Réserves à faire pour l'avenir, la cavité n'ayant pas conservé exactement sa forme. Guérison persiste.

N°	Noms	Professions	Âges	Cause de l'épidémie	Date des opérations	Date de la guérison	Durée des pansements	Observations
43	Cadet A...	»	13 ans	Otorrhée droite	8 août 1901	8 nov. 1901	3 mois	Guérison persiste.
44	Marcelle D...	»	8 ans	Otorrhée gauche	20 sept. 1901	24 déc. 1901	3 mois	Guérison persiste.
45	Marguer. J...	»	13 ans	Cholesteatome	7 déc. 1901	20 mars 1902	3 mois	A surveiller (fente adito-antrale étroite).
46	Ra...	Sans profess.	41 ans	Mastoidite gauche	1 ^{er} mai 1901	25 août 1901	4 mois	Guérison persiste.
47	Anna H...	»	4 ans	Otorrhée bilatérale	22 fév. 1901	18 août 1901	6 mois	Guérison persiste.
48	Georges L...	Employé	23 ans	Mastoidite gauche	20 nov. 1901	17 mars 1902	4 mois	L'orifice postérieur persistant a été obturé.
49	Georges M...	Etudiant	21 ans	Otorrhée droite	5 fév. 1902	8 juin 1902	4 mois	Guérison persiste.
50	Bro ..	»	18 ans	1 ^{re} opération : Ligature de la jugulaire pour perisinusite 2 ^e opération : Evidement.	7 juin 1902			Violentes poussées d'eczéma au cours des pansements. La cavité antrale se trouve en grande partie comblée. On regrette la suture immédiate. A surveiller.
					4 juillet 1902			En cours de traitement.
								(1 ^{er} novembre 1902)

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès extra-duraux	343
Abrasion des parois au cours de l'opération	332
Acide chromique (badigeonnages à la solution d')	549, 552
— — (application d')	549
Aditus (tamponnement de l')	351
Air chaud (utilisation des propriétés épidermisatrices de l')	363
Alibour (eau d')	561
Amorces épidermiques	537, 540
Anesthésie pour le premier pansement	545
Asepsie au cours des pansements	535
Atonie de la plaie	347
Autoplastie des lambeaux (différents procédés)	538

B

Badigeonnages de la plaie	548
Bandages (diverses espèces de)	564
Barbe (infection de la plaie par la)	552
Barillets de gaze	551
— (disposition des)	551
Bourgeonnement des parois	539
— intensif	550
— (absence de)	547
Bourgeons (utiles)	537
— (nuisibles)	537
— fongueux	537
— (destruction des)	548
— (sessiles ou pédiculés)	549
Bourrelet épidermique	563
But des pansements	528

C

Caisse (tamponnement de la)	551
Canal semi-circulaire externe.	553
Cas simples.	538
Causes de durée plus ou moins longue	532
Caustiques (douleurs provenant de l'application de)	542
Cautérisations chimiques	549
— galvaniques	549, 554
— (accidents à la suite de).	554
Cellules sous-pyramidales (ostéite)	538, 556
Cérumen (abondance après guérison)	564
Champ (toilette du)	552
Cheveux (infection de la plaie par les)	552
Chlorure de zinc (badigeonnage au)	549
Cholestéatome	557
— (débris de)	545, 558
— (récidive de)	564
Chondrite du pavillon	561
Cloisonnement de la cavité opératoire	556
Cocaine (application de cristaux de)	549
Collerette épidermique autour de l'orifice postérieur	563
Comblement de la cavité	539
Communication cavo-cavitaire après guérison	565
Copeaux osseux restés après opération	545
Crins (enlèvement des)	546
Curettage	549
Curettage incomplet	538
— (accidents suite de)	553

D

Démangeaisons	542
Dermatoses de la cavité (après guérison)	565
Desquamation épidermique (après guérison).	564
Diaphragme (pseudo-tympa).	555
Diphthéroïde (aspect de la plaie).	547
Douleurs post-opératoires	542
— après application de caustiques.	542
— après paralysie faciale.	542

PANSEMENTS APRÈS ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN 575

Drainage de la plaie	551
Durée des pansements	527

E

Eau d'Alibour	561
Eau oxygénée	545, 552, 562
Eczéma (au cours des pansements).	560
— (traitement de l')	560
— (du pavillon)	561
Epiderme (bon)	537
— (mauvais)	537
Epidermisation.	537
— factice	540, 556
— (fin de l')	563
— (obstacles à vaincre pour l')	552
Erysipèle.	561
Esquilles osseuses.	545
Etrier (position de l').	553
Exostoses après guérison	564

F

Fauteuil d'otologie	535
Fenêtres rondes et ovales (position des)	553
Fente adito-antrale	554
— (bourgeonnement de la).	554
— (rétrécissement, comblement de la).	533
Fermure immédiate de l'orifice postérieur	534
— progressive —	543
Fistules labyrinthiques	556
Fistules (grandes).	556
— (traitement des)	556
Fistulettes (osseuses et non osseuses)	556
— (traitement des).	556
Fongosités	547
— (positions diverses des)	552
— (destruction des)	548
Forme définitive de la cavité opératoire (bissac)	628
Fréquence des pansements	536

G

Gaze iodoformée (emploi de la)	550
— stérilisée simple (emploi de la)	550
Guérison (après)	564
Guérison rapide (cas de)	538
— (pseudo).	540

H

Hémorragies	561
Hémostase	545
Huile de vaseline (emploi de l')	565

I

Immobilisation des malades	535
Infections de la plaie.	552, 560
— de la peau	560
— pyocyanique	560
— (traitement des).	560
Instruments pour les pansements	544

K

Körner (procédé d'autoplastie de)	538
---	-----

L

Lambeaux (autoplastie des)	538
— (application des)	540
— (adhérence)	546
Lavages (du champ).	551
— (exceptionnels de la plaie).	560
Lymphangite	560

M

Massif du facial (bourgeons du)	535
— (ostéite et nécrose du)	538
Mèches de gaze (position des).	540
Moulages d'évidés	529

N

Nécrose osseuse	549
Nitrate d'argent (badigeonnages à la solution de).	549
— (application de).	549

O

Objets de pansement.	544
Observations (tableau résumé des)	566 à 572
Obturation de l'orifice postérieur	533
Onguent basilicum (emploi de l')	560
Orientation dans la cavité opératoire	533
Ostéite	547, 549, 552
Oxyde de zinc (emploi de l')	561

P

Pansements (quotidiens)	536, 550, 551
— (chirurgicaux).	539
— (en général)	546
Pansemment (post-opératoire)	540
— (premier)	544
— (levée du premier)	545
Pansements (fréquents).	536
— (humides)	550
— (de la fin)	562
— (régularité des)	536
Paralysie faciale (douleur consécutive à la)	542
Pavillon (faux pli du)	542
Périchondrite	561
Périodes (division des pansements en trois)	546
Période (première)	547
— (deuxième)	550
— (troisième)	562
Persistance de la guérison lorsque la forme de la cavité a été conservée	534
Plaie (aspects bon et mauvais de la)	547
— (infection de la)	560
Pont fibreux	534, 535
Procidence du sinus latéral	539
— de la dure-mère	539
Pseudo-guérison	540
Pyohémie	543

R

Rechutes en cas d'épidermisation défectueuse	529
Rétrécissement de la cavité	550

S

Séquestres	549, 557, 558
— (mobilisation, chute et élimination des).	558
— (accidents à la suite de)	559
— (du temporal)	559
— (Prudence à observer en présence de)	559
Soins au cours de l'opération	532
Solutions pour les pansements	544
Stacke (procédé d'autoplastie de)	538
Surveillance des malades après la guérison	531, 563
Suture des téguments sectionnés au cours de l'opération	533
Suture immédiate de l'orifice postérieur	533

T

Talc (emploi de la poudre de)	561
Tamponnement (de l'aditus)	551
— (au début).	548, 550
— (de la caisse).	551
— (cessation du).	562
Tamponner (utilité de)	549
— (ne pas)	550
Température post-opératoire	542
— (différentes causes d'élévation de la)	542
Temporal (bourgeonnement de l'écaïlle du)	559
Trompe d'Eustache (ostéite et fongosité de l'orifice de la)	552
— (obturation de l'orifice de la)	553
— (persistance de la béance de l'orifice de la)	565
Troubles gastro-intestinaux post-opératoires	542

V

Vaseline	561
--------------------	-----

III

ABCÈS OTITIQUE DU CERVEAU. TRÉPANATION, OUVERTURE DE L'ABCÈS ET DRAINAGE. MORT PAR EXTENSION DE L'ENCÉPHALITE ET COMMUNICATION DE L'ABCÈS AVEC LE VENTRICULE LATÉRAL

Par **M. GRIVOT**, interne des hôpitaux. Prix d'otologie, 1901.

Le 23 mai 1902, étant de garde à l'hôpital Lariboisière, on nous amenait de la ville un malade dans le coma avec le diagnostic de méningite. Il était dans le décubitus dorsal, les membres en résolution, absolument insensible aux excitations et ayant eu une émission assez abondante d'urine dans le Bureau des admissions. Les personnes qui l'accompagnaient nous donnèrent quelques détails sur la maladie. Sans aucun incident traumatique, les douleurs de tête, qui avaient été le premier symptôme, étaient apparues une quinzaine de jours auparavant, malgré cela le malade avait pu continuer à travailler jusqu'au dimanche précédent.

Le lundi, 19 mai, il s'était senti plus mal et était resté chez lui ; dans l'après-midi, il avait eu quelques nausées et un vomissement ; vers la fin de l'après-midi, assez brusquement après avoir éprouvé pendant quelques instants de la difficulté pour causer, il avait perdu connaissance. Tandis qu'il était dans le coma, des mouvements convulsifs des membres, surtout du côté droit ? furent remarqués. Le lendemain matin, 20 mai, il avait repris connaissance, mais il resta couché, bien qu'aucune parésie n'ait été notée ; la journée se passa bien, le malade s'alimentant un peu, seule la céphalée persistait. Malheureusement, dans l'après-midi du lendemain il tombait de nouveau dans le coma, état qui persista jusqu'à son arrivée à l'hôpital, quarante-huit heures après.

Si nous n'avions pas été un otologiste et surtout si nous n'avions pas été l'élève du Dr Lermoyez, nous aurions probablement arrêté là notre enquête et reçu ce malade dans un service de médecine

en diagnostiquant, comme le médecin de la ville, une méningite tuberculeuse. Mais nous avions aux oreilles les paroles souvent répétées par notre maître au sujet des méningites : « Que de prétendues méningites tuberculeuses ne sont que des accidents encéphaliques d'origine otitique ! Le *Bulletin municipal de statistique* enregistre à Paris, chaque semaine, vingt à vingt-cinq décès par méningite simple, l'oreille peut revendiquer au moins la moitié de ces cas. »

Dans les cas habituels et dans le nôtre en particulier, la famille n'avait certainement pas eu l'attention attirée par des phénomènes auriculaires puisqu'elle n'en parlait pas ou s'il s'en était produit, ils n'avaient éveillé aucun souci, puisque personne n'y avait attaché aucune importance et surtout aucune relation avec les accidents cérébraux.

Aux questions précises posées sur ces faits, il nous fut répondu que le malade avait souffert de son oreille gauche un mois auparavant. Y avait-il eu écoulement ? Après s'être interrogées, une des deux personnes ajouta qu'en effet, au bout de quelques jours, un écoulement était apparu et avait cessé très rapidement. S'agissait-il d'une otite chronique suppurée et réchauffée ? Impossible d'être renseigné.

Ces éléments nous suffisaient pour admettre la possibilité d'une complication intra-crânienne d'origine otitique dont il restait à établir la véritable nature.

Le malade transporté dans une salle et couché, nous procédons à un examen général plus complet. Décubitus dorsal, sans agitation ; on peut facilement le changer de position, aucune raideur des membres ou de la nuque. Yeux fermés ; en soulevant les paupières, on constate que les pupilles sont égales, petites, réagissant à la lumière.

Aucune sensibilité. Le pouls est ralenti, assez plein, soixante-quatre pulsations, les mouvements respiratoires sont réguliers, la température est à 37°.

Le diagnostic posé fut celui d'abcès cérébral en nous appuyant, pour éliminer la méningite, sur la température normale et le peu de fréquence des pulsations. Quant à préciser le siège exact, tout en penchant pour l'existence d'un abcès du lobe temporal, nous comptions sur la découverte des lésions osseuses au cours de la trépanation pour conduire sur l'abcès. L'opération décidée et toutes les choses nécessaires étant préparées, le Dr Bouglé, dans le service duquel était notre malade, nous offrit le rôle d'opérateur, se réservant celui d'aide.

Anesthésie chloroformique. — Après tous les soins antiseptiques habituels, le champ opératoire est limité avec des compresses. Incision rétro-auriculaire de la peau, du tissu cellulaire et du périoste, ce dernier ruginé, on fait l'hémostase avec quelques pinces, nous attaquons la corticale en arrière de l'épine de Henle, puis nous creusons notre puits osseux qui doit nous conduire à l'antre. L'os est sain et compact, nous travaillons uniquement à la gouge et au maillet et assez superficiellement, bien que n'ayant pas dépassé, comme limite supérieure, la ligne temporale, nous mettons la dure-mère à nu. Ceci nous semble, au premier abord, extraordinaire, puis nous remarquons ce fait : une horizontale, passant par la limite inférieure de la dure-mère, se trouve au-dessous du bord supérieur du conduit auditif osseux. Nous n'hésitons pas à dénuder la dure-mère pour élargir le chemin opératoire ; la trépanation, dans l'os compact, est surtout augmentée en bas et en arrière mais rien ne semble devoir nous conduire à l'antre qui doit manquer ou se trouver plus profondément, recouvert par la dure-mère et le cerveau. Ne nous attardant pas plus, la dure-mère est incisée en croix au niveau de la partie mise à nu et le cerveau fait hernie ; prenant alors un bistouri à lame assez longue, nous faisons les ponctions suivantes : la première presque horizontalement en avant sur 6 centimètres environ, la deuxième presque horizontale aussi mais dirigée vers l'hémisphère droit, 4 centimètres ; la troisième presque verticale vers le bord supérieur de l'hémisphère, même profondeur ; la quatrième, légèrement oblique en arrière et en haut ; la cinquième, qui devait être la dernière, fut dirigée en avant mais plus obliquement en haut que la première ; un flot de pus infect s'écoulait ; après agrandissement de l'orifice de pénétration à la sonde cannelée, un drain était introduit et maintenu par un point au catgut. Nous abandonnions la recherche de l'antre et des lésions du rocher.

Pansement sec avec la gaze aseptique et légèrement compressif car le cerveau fait hernie très fortement.

Le lendemain, 25 mai, lorsque nous revoyons le malade, c'est une véritable résurrection : légèrement soulevé dans son lit, les yeux ouverts et prononçant quelques mots, il peut dire son nom, son âge, son adresse, il a demandé à uriner, etc. ; sans être revenu à l'état normal, il y a une amélioration notable. La température reste à 37°, le pouls à 68. Alimentation liquide. Le pansement est renouvelé, le drain enlevé, on élargit, avec une pince hémostatique, les lèvres de l'orifice pour faciliter l'écoulement du pus, on remplace un autre drain après avoir exploré la cavité avec la sonde

cannelée. La substance cérébrale et la dure-mère, qui font hernie fortement, ont pris une coloration unique rouge, vineuse, qui empêche de les distinguer l'une de l'autre ; la gaze du pansement ayant adhéré assez fortement à ces dernières, on fait un pansement humide pour l'éviter.

26 mai. — Dans la journée précédente, le malade a reçu la visite de sa famille et il a bien reconnu les personnes présentes, il a même causé d'une manière suivie pendant quelques instants, mais pour ne pas le fatiguer, on n'a pas insisté. L'état général continue à s'améliorer, le malade se plaint de la faim, trouvant l'alimentation liquide insuffisante. Température 37°. Le pansement est fait à nouveau, trente-deux heures après le précédent, la hernie cérébrale semble s'affaïsser un peu, elle est plus dépressible. Après enlèvement du drain, on élargit à nouveau l'orifice en ouvrant une pince hémostatique, la cavité de l'abcès renferme du pus assez liquide et fortement sanguinolent, deux drains placés en canon de fusil.

28 mai. — Lorsque nous allons voir notre malade, nous apprenons avec regret que la cavité n'est plus drainée depuis le précédent pansement, c'est-à-dire trente-six heures, et voici par suite de quelles circonstances. Après le pansement du 26, le malade a été très agité et, profitant d'un défaut de surveillance, il a arraché son pansement. L'interne de garde prévenu a constaté que les drains étaient sortis de la cavité, mais ne distinguant pas l'orifice il n'a pas osé les réintroduire ; la surveillante, ayant déjà quitté le service à ce moment, n'a pas été informée de ce fait ; c'est seulement dans l'après-midi du 27 qu'elle l'a appris sans pouvoir m'en avertir. Explorant à la sonde cannelée la substance herniée, nous retrouvons assez facilement l'orifice qui occupe un petit cul-de-sac assez en avant ; nous l'élargissons un peu et après écoulement du liquide séro-purulent et sanguinolent que contient la cavité, nous réintroduisons deux drains.

Malgré cela, le malade se trouve bien, il réclame avec insistance à manger et accepte volontiers une côtelette. La température est à 37°.

29 mai. — Le pansement est renouvelé, rien à signaler, l'amélioration semblant devoir continuer.

Le malade est revu à six heures ; le soir, la température est montée à 38°,6, il est un peu agité et absorbé, son pouls est à 96.

30 mai. — La nuit a été mauvaise, agitation continuelle ayant obligé à attacher le malade ; il semble retombé dans le coma, prononçant seulement quelques mots mais ne répondant pas aux questions ; la température est à 39°,4, le pouls à 100.

Nous pensons, en présence de ces accidents qui ont débuté il y a dix-huit heures et qui persistent en s'aggravant, que l'infection a envahi l'espace sous-arachnoïdien et que la terminaison fatale, que nous avons écartée pour quelques jours, va se produire assez rapidement ; en effet, le malade meurt dans la soirée ayant continué à délirer et la température s'étant élevée jusqu'à 40°.

L'autopsie est faite le 1^{er} juin, la calotte crânienne enlevée, on incise la dure-mère en T et les hémisphères sont mis à nu. A droite tout est normal, à gauche, il existe une coloration rouge due au sang épanché sous la dure-mère. Après nettoyage, sous un fillet d'eau nous recherchons en vain s'il existe quelques traînées purulentes le long des vaisseaux pie-mériens, au fond des sillons qui séparent les circonvolutions de la convexité. L'hémisphère gauche ne semble pas augmenté de volume. Les deux hémisphères sont enlevés l'un après l'autre en commençant par celui de droite, la base est examinée également mais aucune traînée purulente n'est découverte.

L'hémisphère droit est coupé en tranches horizontales, il est fait de même pour celui de gauche ; lorsque l'abcès est mis à découvert, nous lavons sous un fillet d'eau sa cavité et nous constatons en plus de son volume assez considérable l'absence de membrane d'enkystement, le tissu cérébral avoisinant est fortement vascularisé et diffus, enfin, il existe une large communication avec le ventricule latéral, c'est ce dernier fait qui a amené rapidement la mort.

L'étagé cérébelleux exploré ne contenait rien de particulier.

Nous examinons ensuite avec soin le rocher sur la face supérieure ou cérébrale, nous découvrons au niveau du toit de l'antre une teinte grisâtre de la lame osseuse, et c'est à ce niveau qu'a dû se faire l'infection, mais nous remarquons également un autre fait très important.

Comme l'indiquent les figures et, d'une manière plus précise, le schéma, il existait dans la moitié postérieure de la face supérieure, c'est-à-dire sur 2 centimètres environ, un changement considérable de niveau ; cette dernière moitié au lieu de se trouver sur le même plan horizontal que la moitié antérieure était abaissée d'au moins 1 centimètre, ceci expliquait la découverte de la dure-mère que nous avions trouvée assez superficielle et très abaissée. Abandonnant l'étagé cérébral, nous continuons la trépanation pour mettre à découvert l'antre, le rocher est absolument compact. Après avoir fait sauter à la gouge la paroi postérieure du conduit dans sa moitié supérieure et avec elle la paroi externe de l'aditus, le

mur de la logette, nous avons mis à découvert l'antre et la cause.

L'antre, qui mesure environ 8 millimètres dans le sens antéro-postérieur, est légèrement oblique d'avant en arrière et de haut en bas ; en hauteur, il mesure 4 à 5 millimètres au plus ; il se trouvait

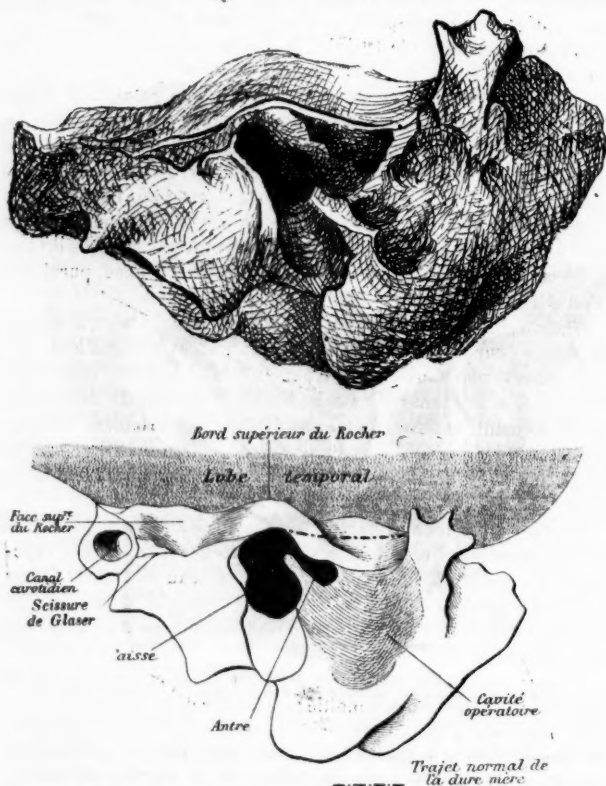


Fig. 1 et 2. — Dessin d'après nature du temporal du malade à l'abcès cérébral. Pour les détails voir le schéma.

beaucoup plus profondément que le bord de l'hémisphère cérébral que nous avions mis à découvert puisqu'il a fallu encore enlever une certaine épaisseur d'os résistant pour l'apercevoir.

Pour faire dessiner la pièce, nous avons également enlevé l'écaïlle jusqu'à la scissure de Glaser, de cette façon on suit très bien les différences de hauteur de la face supérieure du rocher. On voit l'angle de réflexion de la dure-mère qui va remonter sur l'écaïlle et l'on s'explique comment l'antre, qui était plus profondément situé et sur un niveau à peu près égal à ce cul-de-sac, n'a pu être découvert lors de l'intervention.



Fig. 3. — Temporal d'un malade atteint de mastoïdite aiguë, de cellulite profonde et d'abcès du cervelet.

En comparant avec les figures 1 et 2 on se rend compte de la différence de niveau de la face supérieure du rocher dans sa partie postérieure qui a été mise à jour et qui se trouve au-dessus de l'aditus, ce qui est normal.

Comme conclusions à tirer de cette observation, nous voulons attirer l'attention sur les particularités suivantes qui nous ont paru intéressantes et qui résument l'observation.

1° Au point de vue clinique, évolution qui peut se résumer ainsi :

Infection primitive ou réchauffement de l'oreille moyenne, mauvais drainage par la membrane tympanique, rétention et infection crânienne. Après l'intervention, la collection cérébrale se trouve drainée, mais l'extension de l'encéphalite semble avoir continué, comme l'indiquait l'aspect hématique du liquide purulent. Quant à la communication avec le ventricule latéral, a-t-elle été favorisée par l'absence de drainage pendant trente-six heures ou se serait-elle produite malgré tout ?

2° Au point de vue anatomique, apophyse absolument scléreuse s'étant opposée à l'extériorisation de la suppuration antrale et abaissement considérable de la moitié postérieure de la face supérieure du rocher, d'où procidence du lobe temporal gênant l'opérateur qui se serait proposé de faire une trépanation mastoïdienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE D'OTOLOGIE

Séance annuelle de 1904. New London Connecticut.

Président : HORACE G. MILLET ⁽¹⁾.

GRUENING EMIL. — **Hernie cérébrale consécutive à une intervention pour une carie de la mastoïde, compliquée d'abcès périsinusal et de thrombose du sinus latéral.** — 1^{re} opération : On trouve une perforation du toit de l'antre, une ostéite de son plancher conduisant sur le sillon sigmoïde. Mise à nu du sinus latéral et ouverture d'un abcès périsinusal. En explorant avec la sonde, on ouvre le sinus, flot de sang. Le troisième jour, température élevée, tuméfaction le long de la jugulaire interne. — 2^{me} opération : Ligature de la jugulaire interne. — Le huitième jour, on ouvrit au niveau de la plaie cervicale un abcès gazeux extrêmement fétide ; en détamponnant le sinus latéral, on vit qu'il saignait encore.

Le patient revint progressivement à la santé, mais une hernie cérébrale du volume d'une grosse noisette se développa en arrière de l'oreille. Elle fut réduite à un relativement petit volume par l'application du collodion. Le siège exact de la hernie n'est pas mentionné non plus que ses autres caractères.

HERMANN KNAPP. — **Trois cas de thrombose du sinus latéral, avec une guérison.** — Dans le cas suivi de guérison, l'auteur a non seulement lié la jugulaire interne considérablement réduite de volume, mais encore la jugulaire externe qui était volumineuse et distendue. Il se forma dans la suite un abcès dans la gaine du sterno-cléido-mastoldien.

(1) Compte rendu par H. Bourgeois, d'après *The journal of laryngology*, février et mars 1902.

DENCH. EDWARD. — **Abcès cérébral otitique. Opération. Guérison.** — Au cours d'une otite datant de quelques semaines, le malade est pris d'une céphalée violente ; de convulsions, il tombe dans le coma. Respiration lente et soutenue ; réflexes rotuliens manquent ; pupilles immobiles, névrite optique à gauche, température 39°. Opération : évidemment large de la mastoïde, on ne trouve aucune fistule conduisant dans le crâne. Trépanation de l'écaille à 2 centimètres et demi au-dessus du méat.

La dure-mère qui recouvre le toit de la caisse est soigneusement soulevée, juste à ce niveau elle apparaît d'une teinte sombre. Incision curviligne de la dure-mère partant de ce point, circonscrivant un lambeau rabattu en bas. Le cerveau bombe. On l'explore à la sonde cannelée dans diverses directions, et on ouvre l'abcès en dirigeant l'instrument en bas et en arrière. — Reprise des accidents quelques jours après ; on introduit le doigt dans la plaie et on ouvre une seconde cavité pleine de pus, située en avant de la première et communiquant avec elle par un étroit pertuis. — La guérison survint progressivement, avec, à plusieurs reprises, l'apparition de symptômes tels que fièvre, céphalée, torpeur, dus à la rétention du pus et disparaissant chaque fois avec celle-ci.

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

Séance du 22 février 1902.

1. GOTTLIEB KIAER. — **Epithélioma de la région glosso-épiglottique.** — Ouvrier de 42 ans se présente au commencement de février à la consultation de la polyclinique, se plaignant depuis deux semaines de douleurs lancinantes dans l'oreille gauche et de dysphagie. Dans la région glosso-épiglottique on voit des masses grisâtres qui s'élèvent au-dessus de la muqueuse. Le bord de l'épiglotte est tuméfié. Infiltration ganglionnaire à droite et à gauche du larynx. Larynx normal à l'intérieur. Après avoir enlevé ces masses grisâtres on voit une ulcération grande et plusieurs petites à leur place. Peu de temps après, la grande ulcération gagne la partie antérieure du larynx, les piliers postérieurs et se propage jusque dans la langue. Traitement antisyphilitique essayé. Exa-

men microscopique démontre qu'on est en présence d'un épithélioma typique. Depuis deux semaines on, fait des injections arsenicales.

2. GOTTLIEB KIAER présente un cas d'épithélioma de l'amygdale gauche.

3. SCHMIEGELOW présente une exostose, de la grosseur d'un bout de doigt, qu'il a enlevée du conduit externe de l'oreille d'une femme après avoir rabattu temporairement le pavillon de l'oreille.

4. SOPHUS BEUTZEN. — **Cas de pyémie otique.** — Employé de 46 ans a présenté après une paracentèse de l'oreille gauche, probablement à la suite d'une bronchite, de la fièvre, de l'infiltration de la région supraclaviculaire, et de la suppuration du cou de pied gauche. Après ouverture des différents foyers suppurés tout rentre dans l'ordre. L'auteur voudra soumettre le malade à la cure radicale.

JORGEN MÖLLER croit que cette opération radicale ne s'impose pas et qu'il faudra attendre une raison dans la chronicité de la suppuration.

SCHMIEGELOW est de l'avis de Möller, à savoir que la pyémie otique n'est pas une indication de l'évidement pétro-mastoïdien. Il faut opérer quand une fistulation, une infiltration périostique, etc., démontre qu'il existe des lésions avancées de la caisse. Dans les autres cas, il faut attendre.

5. E. SCHMIEGELOW. — **Thrombose purulente du sinus.** — Garçon de 13 ans a reçu par son professeur un coup de canne sur la tête six jours avant son admission à l'hôpital (28 mai 1901). Le jour même, il se plaint de maux de tête, vertige. Il saigne un peu de l'oreille gauche. Cette oreille a suppuré trois mois avant, mais cette suppuration a été tarie.

Après l'admission à l'hôpital, on constate : de la fièvre, des frissons, pupille gauche plus grande que la droite, herpès de la lèvre, pouls 140. Pas de symptômes nets de mastoïdite. Dans le conduit gauche des masses caséeuses, fétides. Tympan épaissi, perforation sur la partie antéro-inférieure.

31 mai. *Opération.* Foyers purulents dans la mastoïde. Abscessus périsinusal fétide ouvert. Incision du sinus qui contient un thrombus.

1^{er} juin. *Mort.* Autopsie démontre l'existence d'une méningite suppurée et d'une hydrocéphalie aiguë.

Ce cas est intéressant par le peu de relief que présentait cette suppuration auriculaire où le diagnostic de mastoïde n'a pu être posé que difficilement.

JÖRGEN MÖLLER.

Séance du 22 mars 1902.

1. BÜHL présente une jeune femme avec une infiltration qui occupe les deux tiers de la corde gauche. La malade a eu la syphilis et dans ses crachats on trouve des bacilles de Koch. Diagnostic de la laryngopathie douteux.

2. NORREGAARD. — **Cloisonnement du conduit gauche.** — Le conduit est fermé dans la profondeur à 2 centimètres et demi de l'entrée par une membrane grise, légèrement reluisante, en forme d'entonnoir. A la sonde, sensation d'un corps dur, causée peut-être par la formation d'une exostose.

3. JÖRGEN MÖLLER. — **Fausse parésie du nerf laryngé supérieur.**

SCHMIEGELOW croit qu'on pourrait croire avoir affaire à une aphonie causée par la mue. La glotte est oblique, conforme à l'opinion de Neumayer, d'après laquelle cette position est occasionnée par la paralysie d'un muscle crico thyroïdien.

Mais cette obliquité du larynx se voit aussi chez des individus sains.

Le diagnostic de paralysie du muscle crico-thyroïdien est très difficile et seulement possible s'il y a en même temps anesthésie de la muqueuse du larynx. Et d'après les quelques cas jusqu'à présent étudiés, il s'agit toujours de cas *aigus*.

JÖRGEN MÖLLER.

Séance du 26 avril 1902.

1. SOPHUS BEUTZEN. — **Traitement de l'otite moyenne.** — L'auteur donne les détails d'un nouveau traitement qu'il emploie depuis deux ans avec un bon résultat. Ce traitement consiste à faire vibrer le tympan pendant que la pression de l'air contenu dans le conduit est à pression négative.

L'auteur cherche par là à modifier la rétraction du tympan avant de le faire vibrer. On introduit dans le tube d'un vibreur (à la rigueur dans le caoutchouc du ballon de Politzer) un conduit en T qui relie le vibreur et le conduit à la pompe, par exemple celle de Cordes. On raréfie l'air et on fait agir le vibreur ensuite.

GRÖNLICH ne doute pas de l'efficacité du procédé mais rappelle les avantages qu'on a avec la double sonde de Lucæ.

GODSKESSEN recommande le traitement électrolytique comme il est d'usage à la clinique d'Urbantschich.

SCHMIEGELOW s'est déjà aperçu des avantages que l'on obtient en faisant vibrer un tympan rétracté dans de l'air raréfié. Il demande des indications spéciales pour ce traitement et pour l'emploi de la sonde de Lucæ.

NORREGAARD demande comment réagit ce traitement sur les bruits subjectifs de l'oreille.

BEUTZEN répond que ces bruits disparaissent plus vite par sa méthode que d'après les anciennes méthodes. Il ne peut pas encore établir les indications faute d'expérience suffisante.

2. NORREGAARD. — **Hémorrhagie grave après l'adénotomie et l'amygdalotomie.** — a) Adénotomie chez un hémophilique qui, après une première intervention, a saigné pendant huit jours. Opéré pour la deuxième fois, l'hémorrhagie a été abondante et a résisté à tous les moyens employés pour s'arrêter spontanément après une injection sous cutanée de 750 grammes d'eau salée.

b) Jeune fille de 14 ans a été opérée par l'auteur de végétations sans incident. Plus tard, amygdalotomie. Quinze jours après la deuxième intervention, l'enfant vomit deux litres de sang, mais sans autre suite sérieuse.

JÖRGEN MÖLLER.

BIBLIOGRAPHIE

L'état actuel de la chirurgie nerveuse, par A. CHIPAULT. Tome I,
(Un vol. in-8 de 862 pages, avec 230 fig. Paris, Rueff, 1902.)

Le docteur Chipault, qui s'est spécialisé avec un rare bonheur dans la chirurgie du système nerveux, et a tant contribué à ses progrès, vient d'entreprendre la publication d'une œuvre considérable, dont il nous donne un premier volume. C'est une vaste encyclopédie de tout ce qui a été publié en ce domaine neuro-chirurgical; elle est présentée d'une façon originale, l'œuvre de chaque pays étant mise au point par un chirurgien national. Après un très intéressant préambule sur la chirurgie nerveuse des peuples sauvages, dû à la plume autorisée de M. Capitan, l'état actuel de la chirurgie nerveuse est successivement exposé en France, en Algérie, en Tunisie, en Belgique, en Hollande, en Suisse, en Portugal, en Espagne. C'est émettre une vérité, si patente qu'elle ne peut froisser aucun collaborateur de ce gigantesque travail, que de dire que le morceau capital de ce livre est la monographie revisionnelle consacrée à la France par Chipault. Les otologues y retrouveront avec plaisir la chirurgie du canal de Fallope contre les paralysies faciales, de même que le procès de l'incision de Wilde, qui leur ont été déjà il y a plusieurs années présentés dans ces « Annales ». Ils y parcourront avec intérêt les pages où sont résumés et critiqués les divers procédés chirurgicaux appelés à combattre les complications des suppurations otitiques négligées, abcès encéphaliques et phlébites du sinus latéral. Le chapitre de la ponction lombaire, qui a maintenant pris droit de cité en thérapeutique otologique, les intéressera.

Dans la partie belge, je signalerai surtout l'étude du procédé de Lambotte pour la cure de la phlébite du sinus latéral, lequel fait précéder la dénudation et l'ouverture du sinus de la ligature double faite en bas à la partie inférieure de la jugulaire interne, et en haut au niveau du pressoir d'Hérophile, immédiatement en dehors de ce confluent : méthode un peu trop compliquée, et sans laquelle il m'est plusieurs fois arrivé de guérir plus simplement des thrombo-phlébites du sinus latéral.

M. LERMOYEZ.

ANALYSES

I. — OREILLES

La suppuration du labyrinthe. Sa chirurgie, par M. LERMOYEZ
(*Presse médicale*, 1^{er} février 1902).

Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir mis au point un chapitre de pathologie spéciale qui n'existait pas dans nos classiques et dont de nombreuses publications ont déjà paru à l'étranger, notamment en Allemagne. C'est en s'inspirant d'une thèse que V. Hinsberg vient de soutenir le 31 octobre dernier, devant la faculté de Breslau, que M. L. a comblé cette lacune pathologique.

Des trois voies qui peuvent conduire les agents infectieux au labyrinthe, la voie sanguine, la voie crânienne et la voie otique, l'auteur ne retient que la dernière, comme étant la plus fréquente.

Les communications tympano-labyrinthiques sont traumatiques ou pathologiques.

Les communications tympano-labyrinthiques traumatiques sont : volontaires : ponction de la membrane et la fenêtre ronde, extraction de l'étrier ; — involontaires : extraction des corps étrangers du conduit auditif, paracentèse du tympan, évidemment pétromastoidien.

Les communications tympano-labyrinthiques pathologiques dont la nature peut être une inflammation aiguë, mais plus souvent un processus chronique, se font par les fenêtres ovales et ronde, la fistulisation du promontoire, la nécrose en masse du limaçon.

La suppuration du labyrinthe peut être diffuse ou localisée, par exemple limitée au canal semi-circulaire externe.

Le pus du labyrinthe pénètre dans le crâne soit par les voies normales : conduit auditif interne, aqueducs, débiscences congénitales, veines des aqueducs, soit par des voies pathologiques, que le pus se crée en perforant la capsule osseuse du labyrinthe.

Les symptômes de suppuration sont peu accentués. La persis-

tance de la température après un évidement pétro-mastoldien doit faire admettre, à défaut de complication intra-crânienne, une pyo-labyrinthite.

Quant aux symptômes de localisation du pus, ils se déduisent tous du tableau suivant :

	PHÉNOMÈNES D'HYPERESTHÉSIE	PHÉNOMÈNES D'ANESTHÉSIE
Nerf cochléaire (audition)	Bourdonnements	Surdité
Nerf vestibulaire (orientation)	Vertige et Nystagmus	Désorientation : perte de la notion de situa- tion dans l'espace.

La labyrinthite simple livrée à elle-même peut, dans les cas aigus, s'arrêter à la première phase, c'est-à-dire avant la période méningée, et guérir. Les cas chroniques sont très souvent latents, pendant un certain temps du moins.

Voir le tableau très intéressant de Hinsberg sur le pronostic de la pyo-labyrinthite.

L'évidement simple de l'oreille moyenne dans le traitement des pyo-labyrinthites donne des résultats absolument imprévus. Dans les cas favorables, la lésion première étant supprimée, la lésion seconde disparaît d'elle-même dans les cas défavorables, l'intervention fait éclater ou aggraver les symptômes labyrinthiques. Mais les cas les plus désastreux sont ceux qui sont suivis de mort dans les quarante-huit heures ; on incrimine la rupture par les chocs du mallet d'adhérences qui enkystaient le pus dans un coin du labyrinthe.

L'erreur de diagnostic la plus facile à commettre consiste à confondre une suppuration du labyrinthe avec un abcès du cervelet. Les caractères différents de la titubation et du vertige, l'état général, l'examen de la rétine, la fréquence sont les notions sur lesquelles on se basera.

L'action chirurgicale, limitée à l'évidement pétro-mastoldien (fait à la fraise), qui peut suffire dans de rares cas, doit être poussée plus loin et aller jusqu'à la trépanation labyrinthique, lorsqu'il y avait des symptômes labyrinthiques préexistants, ou

lorsque pendant l'évidement de l'oreille moyenn
une fistule labyrinthique. staté

Ici la technique spéciale de la trépanation du labyrinthe : Eviter
le facial, la diffusion du pus dans le crâne ; ouvrir le canal semi-
circulaire externe, le vestibule, le limaçon. L. EGGER.

Syphilis du pharynx, par DU CASTEL (*Journal des praticiens*,
8 février 1902).

Leçon intéressante de clinique et de diagnostic de l'affection, à
lire en entier. L. EGGER.

Les angines à bacilles de Friedlander, par CH. NICOLLE et A. HÉ-
BERT (*Presse médicale*, 31 mai 1902).

Nouvelle observation de cette affection faisant ressortir la béli-
gnité et la ténacité de la maladie. L. EGGER.

Angine à pneumobacille de Friedlander, par A. DESCOS (*Presse
médicale*, 5 mars 1902).

Observation complète, clinique et bactériologique de cette affec-
tion montrant bien sa ténacité et sa béliquité. L. EGGER.

II. — NEZ

Sur la photothérapie dans l'ozène, par J. DIONISIO (*Giornale d. r.
ademia di Torino*, janvier 1902, n° 1, p. 44).

L'influence des radiations lumineuses sur les maladies de la
gorge, du nez et de l'oreille n'a pas encore été étudiée par les oto-
laryngologistes.

Dans cette note préventive, D. donne les premiers résultats de
ses recherches sur la photothérapie dans l'ozène. Il s'est servi
successivement de la lumière diffuse du jour, du bec Auer, des
lampes électriques à incandescence, de l'arc voltaïque.

La lumière était projetée directement avec des réflecteurs dans
les fosses nasales au travers des narines dilatées artificiellement,
ou bien encore était concentrée sur des tubes de cristal introduits
dans les fosses nasales. L'auteur s'est servi également de très
petites lampes électriques revêtues d'un manchon de verre à cir-

culation d'eau et placées dans les fosses nasales ; enfin il a aussi essayé des lampes plus grandes introduites dans la cavité buccale et éclairant par transparence les cavités de la face.

Dans tous les cas (6 jusqu'à présent) où le traitement fut fait régulièrement, on nota une diminution très notable des sécrétions croûteuses et de la fétidité.

M. BOULAY.

Un cas de coloration anormale de la muqueuse nasale simulant l'argyrose, par STRAZZA (*Annali di laringol. ed otol.*, 1902, fasc. 2, p. 459).

Cette coloration fut découverte accidentellement à l'examen des fosses nasales chez une femme de 58 ans présentant du catarrhe nasal hypertrophique ; elle existait surtout du côté droit où la muqueuse des cornets et de la cloison offrait une teinte ardoisée diffuse, tandis qu'à gauche cette coloration était plus circonscrite. Cette teinte rappelait tellement l'argyrose conjonctivale que S. fit examiner au point de vue chimique le tabac que prisait la malade, afin de savoir s'il ne renfermait pas du nitrate d'argent pulvérisé. Cet examen fut négatif. Aussi S. pense-t-il qu'il faut attribuer cette coloration à des extravasations sanguines très fréquentes provoquées par l'état congestif de la muqueuse continuellement irritée par le tabac et favorisées par les lésions cardiaques présentées par la malade.

L'auteur, ayant depuis observé attentivement la couleur de la pituitaire chez tous ses malades, a constaté qu'un certain nombre de sujets atteints de troubles circulatoires de la pituitaire ou de la peau de l'extrémité du nez, ont la muqueuse nasale légèrement teintée d'une couleur indéfinissable, mais rappelant quelque peu celle de l'ardoise.

M. BOULAY.

Un cas d'épithélioma de la marge de la paupière supérieure apparemment guéri par l'usage d'une solution d'adrénaline, par Wilburg B. MARPLE (*Medical Record*, 23 août 1902).

Il s'agit d'une femme de 45 ans présentant un épithélioma (reconnu microscopiquement) du bord libre de la paupière supérieure. Elle est vue pour la première fois le 5 juin 1901. Ne voulant pas l'opérer pendant les chaleurs, on lui conseille de mettre quelques gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000 en instillation.

Ces instillations furent faites régulièrement tous les jours jusqu'à

la fin de septembre. Dès la fin du premier mois, il se forma sur la surface externe de petites croûtes jaunâtres qui tombèrent seules.

La tumeur diminua peu à peu et en janvier 1902 elle avait complètement disparu, laissant à sa place une cicatrice non rétractile. Peut-être la médication (qui avait été employée à l'exclusion de toute autre) a-t-elle agi en ischémiant fortement la tumeur et en produisant sa mortification faute de sang. La malade était très susceptible au médicament. Un tampon imbibé appliqué sur la peau de la joue produisait en cinq minutes une plaque blanche comme une feuille de papier.

H. CABOCHÉ.

III. — LARYNX

Recherches histologiques sur la structure de la région sous-glottique, par J. NARDI (*Arch. ital. di laryngologia*, juillet 1902, fasc. 3, p. 97).

Ces recherches ont eu pour but spécial de trouver dans une particularité anatomique la raison de l'implantation habituelle des tumeurs sous-glottiques dans la moitié antérieure du larynx.

Il résulte de ces études que : 1° les *glandes*, qui commencent à apparaître dès le troisième mois de la vie fœtale, forment quatre groupes principaux : un antérieur, un postérieur et deux latéraux ; le groupe antérieur est toujours le plus développé, il est constitué de plusieurs glandes ayant chacune leur conduit excréteur ; le groupe postérieur est formé, au contraire, d'une seule glande volumineuse dont le conduit excréteur répond exactement au milieu de la paroi postérieure.

Cette répartition s'observe à tout âge, mais surtout au-dessus de 10 ans ; elle se retrouve chez le chat, le cobaye, le lapin ; 2° les *fibres élastiques* sont réparties en deux couches, l'une superficielle, l'autre profonde. En avant, les faisceaux de ces fibres restent parallèles ; en arrière, au contraire, ils se disposent en éventail et forment une sorte de feutrage qui enserre les culs-de-sac glandulaires ; 3° l'*épithélium* est cylindrique ; à l'âge adulte, on observe constamment au-dessus de la membrane limitante une légère infiltration de leucocytes et de fibro-blastes ; cette infiltration est plus marquée dans la région antérieure, témoignage d'une irritation plus grande ou plus répétée en ce point ; 4° les

papilles n'existent qu'en avant : N. les a trouvées à tous les âges, depuis le troisième mois de la vie intra-utérine jusqu'à 89 ans, mais elles sont plus saillantes de 10 à 30 ans.

Après avoir dressé un tableau résumé de 38 cas de tumeurs sous-glottiques recueillies dans la littérature médicale, N. en publie cinq observations nouvelles; la plupart de ces tumeurs étaient des fibromes ou des papillomes; toutes siégeaient en avant.

Cette prédilection pour la partie antérieure de la région sous-glottique a été tour à tour attribuée : 1° à l'irritation causée par le passage des sécrétions venues des voies respiratoires inférieures (Sendziak); 2° à une hyperactivité fonctionnelle de la région antérieure (Lacoarret); 3° à une particularité dans la constitution intime des tissus (Massei); 4° à une prédisposition embryonnaire (Trifiletti); 5° à une influence physique, c'est-à-dire au passage de l'air d'un canal large dans un canal étroit (Grazzi).

Pour Nardi, si cette influence mécanique a une grande importance, la structure intime des parois de l'espace sous-glottique n'en a pas une moindre. En effet, c'est seulement dans la moitié antérieure de cet espace que se trouvent des papilles; dans la même région, les glandes sont plus nombreuses et le tissu conjonctif est plus lâche et plus mobile en raison de la disposition des fibres élastiques, conditions d'une plus grande activité fonctionnelle et par conséquent d'une multiplication cellulaire et d'une prolifération plus marquée.

M. BOULAY.

Sarcome sous-glottique enlevé à l'anse chaude par les voies naturelles, par J. W. GLEITSMANN (*Med Record*, 5 juillet 1902).

Il s'agit d'un sarcome dont la nature a été reconnue microscopiquement, situé à la région sous glottique d'un homme de 52 ans. La tumeur laissait seulement filtrer un peu d'air par la partie postérieure de la fente glottique. Tout ayant été préparé pour faire une trachéotomie le cas échéant, on put enlever complètement la tumeur à l'anse chaude après badigeonnage à la cocaïne. La tumeur fut ramenée complète au bout de l'anse sans qu'une parcelle soit tombée dans la trachée; sans hémorrhagie. Pas de réaction inflammatoire ni d'œdème des cordes consécutivement.

H. CABOCHÉ.

NÉCROLOGIE

MORRIS J. ASCH

Le Dr Morris J. Asch vient de succomber à l'âge de 70 ans. Il occupait, à New-York, une situation très en vue. Son nom a surtout été popularisé en France dans ces dernières années par l'opération qu'il avait imaginée pour redresser les déviations de la cloison. Il était membre du Jefferson médical Collège.

A. SCHWENDT

Le Dr A. Schwendt, qui vient de succomber à un diabète aigu, était né à Strasbourg, en 1853. Il ne se spécialisa que tard, il obtint, en 1889, le titre de privat docent à l'Université de Bâle. Il s'occupa plus particulièrement de la surdi-mutité et des questions qui s'y rattachent ; dans des « Recherches cliniques et acoustiques sur les sourds-muets » ; il établit qu'un tiers environ de ces sujets possèdent un reste auditif plus ou moins considérable, de sorte qu'ils sont susceptibles d'être améliorés par la méthode des exercices acoustiques. Son dernier travail sur la « détermination des longueurs d'ondes et du nombre des vibrations des sens les plus aigus au moyen des figures de Kundt », servira de base à tous les travaux futurs en cette matière (Evelmann). Ce qui surtout caractérise les travaux de Schwendt, c'est la recherche de la vérité dans sa plus scrupuleuse exactitude.

NOUVELLES

Un nouveau journal d'otologie. — L'extrême abondance des publications faites depuis un certain nombre d'années, dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie, rend la tâche de plus en plus ardue à ceux qui, préparant un travail, tiennent à le garnir de documents bibliographiques complets. Bientôt, la besogne sera au dessus de nos forces : et, déjà plusieurs découvertes se sont ainsi faites deux ou trois fois. Heureusement, les *Centralblatt* viennent à l'aide des travailleurs en leur fournissant tous les documents nécessaires, sous forme concise et exacte. On sait, en particulier, quels services inappréciables nous rend la publication de sir Félix Semon, en ce qui concerne le nez et le larynx. Jusqu'ici, malheureusement, l'oreille était moins bien partagée : Archives, Annales, Bulletins qui lui sont consacrés, font surtout la part grande aux mémoires originaux, leur sacrifiant parfois les analyses. Cette lacune est enfin comblée. Deux maîtres en otologie, Brieger et Gradenigo, viennent de fonder l'*Internationales Centralblatt für Ohrenheilkunde*, périodique mensuel, également édité par la maison Ambrosius Barth, de Leipzig. Il paraît sur le même plan que l'*Interna-*

tionales Centralblatt de Semon : et on ne saurait lui adresser de meilleur vœu que de lui souhaiter une carrière aussi belle que celle de son modèle. Au reste, les collaborateurs que se sont adjoints ses directeurs, Luc, Guye, Gomperz, Schmiegelow, von Stein — j'en passe, et des meilleurs —, sont un sûr garant de son avenir. M. L.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Verhandlungen der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin. Band XI et XII. Berlin, 1901-1902.

Bégaïement et autres maladies fonctionnelles de la parole, par CHRAVIN, 3^e édition, Paris, 1902. Société d'éditions scientifiques.

Zwei seltene Fälle von lupöser Erkrankung der Schleimhaut der oberen Luftwege, par KÖNIGSTEIN. Tir. à part de Monatschrift für Ohrenheilk. Osc. Coblenz, éditeur. Berlin, 1902.

Arrosien des Gehirns in Folge Von Cholesteatom. Durchbruch cholesteatomatöser Massen in den Seitenventrikel, par HAUG (de Munich). Tirage à part de Arch. f. Ohrenheilkunde, XV, Band, 1902.

Ueber die Verwendung local anästhetisch wirkender Mittel bei Eingriffen am Trommelfell und Gehörgang, par HAUG (de Munich). Tirage à part de Arch. f. Ohrenh., LV Band, 1902.

Jahresbericht über die im Jahr 1900 auf der Ohrenabtheilung der kgl. Universitätspoliklinik in München zur Behandlung gelangten Ohrenkrankheiten, par HAUG et LAUBINGER. Tirage à part de Arch. f. Ohrenk., 1902.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1902

(28^e VOLUME, 2^e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des Mémoires originaux sont composés en caractères gras.

	Pages
Bar (L.) (de Nice). — Contribution à l'étude des phlegmons juxta-pharyngiens . . .	29
Barajas (Luciano). — Hystérie laryngée de forme motrice . .	381
Baumgarten. — Tumeur maligne de l'épiglotte	185
Béco. — Polype nasal	175
Béco. — Cylindrome du nez	175
Berthold. — Diplacousie mono-auriculaire	371
Beutzen (Sophus). — Ataxie laryngée chez un garçon de 15 ans. . .	60
— — — Tuberculose du larynx.	62
— — — Syphilis du larynx chez un tuberculeux.	63
— — — Cas de pyémie otique.	589
— — — Traitement de l'otite moyenne	591
Bezold. — Rapport sur le traitement de l'otite moyenne. . . .	283
Biehl (Karl). — Sinusite maxillaire	64
Blau et Jacobson. — Traité des maladies de l'oreille à l'usage des médecins et des étudiants.	289
Blondiau. — Epilepsie réflexe d'un abcès latéro-pharyngien. .	178
Bonain (A.) (de Brest). — Traité de l'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte	67
Boulay (M.). — Etude clinique sur l'occlusion congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales.	74
Bourlon (Paul) (de Valenciennes). — Kyste suppuré parasinusal d'origine dentaire. Ablation d'un séquestre. Guérison	364
Brœckaert. — Injections de paraffine.	172
— — — Endothéliome du pavillon de l'oreille	173
— — — Traitement de l'ozène par la restauration des cornets à l'aide de la vaseline galoformée.	182

	Pages
Bronner (Adolphe). — Un cas d'hémorragie intralaryngée quasi mortelle, due à un papillome du larynx	334
Bühl — Laryngopathie.	590
Burnett (Ch. H.). — Empyème squamo-mastoidien d'origine scarlatineuse.	368
Caboche (Henri). — Un cas de chorée du larynx chez une hystérique atteinte de chorée à forme myoclonique	327
Capart. — Leptoméningite consécutive à une mastoïdite de Bezold	171
Capart. — Larynx perforé	172
Capart fils. — Rapport sur l'olfactométrie.	176
Castañeda (Don Ramon). — Un cas de décanulement difficile.	77
Du Castel. — Syphilis du pharynx	595
Cauzard (Pierre) (de Paris) et Paul Delobel. — Epithélioma intra-laryngien. Laryngectomie totale. Mort.	350
Chavanne (F.) (de Lyon). — Surdité hystérique unilatérale datant de cinq ans chez une malade atteinte d'épilepsie jacksonnienne	39
Cheval. — Trombo phlébite du sinus latéral; ligature de la jugulaire interne; guérison	172
Cheval. — Lipome pharyngien	172
— — Modification de l'appareil instrumental de Lermoyez et Mahu	174
Cheval. — Injecteur d'ampoules de Paillard	174
— — Corps étranger extrait de l'œsophage d'une aliénée	178
Chiari (O.). — Phlébite dans un angiome veineux	66
Chipault (A.). — L'état actuel de la chirurgie nerveuse	592
Delsaux. — Vaste ulcération de la peau mastoïdienne	173
— — Collection purulente rétro-pharyngienne	173
— — Eversion du ventricule de Morgagni.	173
— — Ulcération tuberculeuse du bord de la langue	173
— — Seringue automatique pour les injections intra-trachéales.	174
Delsaux. — Releveur du voile de Mahu légèrement modifié	175
— — Injections intra tympanales d'iodipine dans la sclérose de l'oreille moyenne au début.	179
Delsaux. — Bougirage de la trompe d'Eustache à l'adrénaline	179
Dench Edward. — Abscès cérébral otitique. Opération. Guérison	588
Descos (A.). — Angine à pneumo-bacille de Friedlander.	595
Dionisio (J.). — Sur la photothérapie dans l'ozène	595
Eeman. — Névrite auditive double, par diphtérie	178
— — Nouveau mode de pansement après les opérations radicales dans les otites moyennes purulentes	178
Fomka. — Cholestéatome.	184
Francis (James). — Un cas de chorée du larynx	380
Galand (M.). — De la rhinotomie sous-labiale	256
Gleitsmann (J. W.). — Sarcome sous-glottique enlevé à l'anse chaude par les voies naturelles	598
Gomperz (B.). — De l'amélioration des troubles de l'audition, suites d'otite suppurée.	297
Goris. — Complication nasale d'origine orbitaire.	172
— — Procédé pour l'extirpation de l'épithélioma de l'oreille.	177
G. Gradenigo. — Le curettage de la caisse du tympan dans un but acoustique	370
De Greiff. — Traitement opératoire des sinusites maxillaires.	181
Grivot (M.). — Otite chronique et cholestéatome. Para-	

lysie faciale. Mastoïdite de Bezold. Abscès de la nuque et ostéite de l'occipital. Mort de méningite	47
Grivot (M.). — Abscès otitique du cerveau. Trépanation Ouverture de l'abcès et drainage. Mort par extension de l'encéphalite et communication de l'abcès avec le ventricule latéral.	579
Grönbech (A.). — Tumeur tuberculeuse du larynx	61
Grosskopff. — De l'ozène.	187
Gruening (Emil). — Hernie cérébrale consécutive à une intervention pour une carie de la mastoïde, compliquée d'abcès péri-sinusal et de thrombose du sinus latéral	587
Grunert. — Contribution à l'étude de la glycosurie consécutive à l'otite	374
Grünwaldt (L.) (de Munich). — Etiologie et diagnostic des suppurations ethmoïdales et sphénoïdales	210
Grünwaldt (L.) (de Munich). — Etat actuel de la question de l'ozène	246
Guisez (J.). — Du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente	81
Haïke (V.). — Lésions fœtales du labyrinthe dans un cas d'encéphalite hémorragique	372
Hammerschlag (V.). — Contribution à l'anatomie pathologique de la chaîne des osselets	373
Hanszel. — Atresie congénitale type de la narine droite, chez une femme	65
Harland (W. G. B.) (de Philadelphie). — Somnolence causée par une lésion de l'oreille	292
Hartmann. — Les sourds à l'école.	188
Haug. — Cholestéatome ayant ulcéré le cerveau et pénétré dans le ventricule latéral	371
Haug. — L'anesthésie locale du conduit auditif et de la membrane tympanique.	372
Hébert (A.) et Ch. Nicolle. — Les angines à bacilles de Friedlander.	595
Hennebert. — Fistule cervicale borgne externe	173
— — Hypertrophie considérable du pavillon tubaire droit	173
Hennebert. — Infiltration tuberculeuse de la moitié gauche de la paroi postérieure du pharynx	174
Hennebert. — Traitement de la sinusite maxillaire par les lavages au nitrate d'argent	180
Hermann. — Un cas d'hémorragie de la carotide	373
Herzberg. — Abscès du cerveau d'origine nasale.	379
Heyninx. — Somnoforme	180
Holmès (C. R.) (de Cincinnati). — Enorme fibrome mou nasopharyngien avec une étude des différentes variétés de cette sorte de néoplasme	374
Jacobson et Blau. — Traité des maladies de l'oreille à l'usage des médecins et des étudiants	289
Jacques et Vilhelm. — Un cas d'actinomycose à grains verts.	379
Kier (Gottlieb). — Sarcome du cornet inférieur droit chez une femme de 57 ans	61
Kiaer (Gottlieb). — Epithélioma de la région glosso-épiglottique.	588
Killian (Gustave). — Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques directes dans le cas de corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires	193
Killian (Gustave). — Description abrégée de mon opération radicale sur le sinus frontal	205

	Pages
King (Gordon). — L'adrénaline. Sa valeur thérapeutique.	11
Klein (Vald). — Cas de tuberculose laryngée très améliorée par le traitement au phénosulfuricininate de soude	58
Klein (Vald). — Abscès de l'amygdale chez un enfant de 16 mois.	61
Knapp (Arnold). — Abscès cérébelleux par infection à travers le labyrinthe	369
Knapp (Hermann). — Trois cas de thrombose du sinus latéral, avec une guérison.	587
Körner. — Deuxième rapport sur le traitement de l'otite moyenne aiguë	284
Labarre. — Abscès sous-dural avec ostéo-myélite	171
— Sinusite fronto-maxillaire.	174
— Pince pour les déviations du septum	175
— Rapport sur la pathologie de la trompe d'Eustache.	176
Lake (Richard). — Séquestre du labyrinthe. — Ablation . . .	291
Lannois (M.). — Epilepsie d'origine nasale.	17
Lapersonne (F. de). — Les complications oculo-orbitaires des sinusites.	217
Lartigau (J.) et M. Urioll. — Hyperplasie du tissu lymphoïde du pharynx notamment dans ses rapports avec la tuberculose primitive de l'amygdale pharyngée.	387
Laurens (Georges). — Résection crânienne pour ostéomyélite de l'écaille du temporal, d'origine otique. . .	21
Laurent. — Irrigations naso-pharyngiennes en position très déclive, tête en bas	177
Lees (D. B.). — Deux cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal sans lésion de l'oreille	292
Lermoyez (Marcel). — Indications et résultats du traitement des sinusites maxillaires et frontales.	389
Lermoyez (M.). — La suppuration du labyrinthe. La chirurgie.	593
Lipscher. — Calcul tonsillaire	185
Lombard (E.). — Thrombo-phlébite suppurée des sinus caverneux d'origine otique, sans thrombo-phlébite du sinus latéral	251
Luc (H.). — La méthode de Killian pour la cure radicale de l'empyème frontal chronique.	497
Macaud (de Rennes). — Sur un cas de paralysie du voile du palais	344
Mahu (Georges). — Procidences combinées du sinus et de la dure-mère rendant impossible la trépanation mastoïdienne	333
Mahu (Georges). — Des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien.	527
Marini (G.). — Balle de revolver ayant pénétré entre l'apophyse mastoïde et la jugulaire	367
Marple (W. B.). — Un cas d'épithélioma de la marge de la paupière supérieure apparemment guéri par l'usage d'une solution d'adrénaline	596
Massier (de Nice). — Réflexe cardiaque d'origine auriculaire	358
Mierhof (E. L.). — Le traitement précoce de l'otite moyenne aiguë prévient-il les complications ?	369
Merckxy. — Pince pour la trépanation du sinus maxillaire par la voie nasale	175
Möller (Jörgen). — Fausse parésie du nerf laryngé supérieur.	590
Moure (E. J.). — Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée	1
Mutchinson (Arthur). — Un cas de périchondrite du larynx chez un diabétique.	383

Mygind (Holger). — Collapsus, arrêt brusque de la respiration, cyanose à la suite d'une adénotomie. Trachéotomie. Guérison . . .	189
Nardi (J). — Recherches histologiques sur la structure de la région sous-glottique . . .	597
Nasi (Carlo). — Sur la laryngectomie . . .	382
Navratil (V.). — Sarcome angiomateux du larynx opéré par laryngofissure . . .	183
Navratil. — Carcinôme de la langue radicalement opéré depuis 3 ans et demi . . .	183
Navratil. — Sténose du larynx, suite de tuberculose . . .	184
— — Atrésie du larynx, suite de typhoïde . . .	184
Nicolle (Ch.) A. Hébert. — Les angines à bacilles de Friedlander . . .	595
Norregaard (K.). — Infiltration gommeuse occupant le pharynx, le cartilage aryténoïde gauche et masquant en partie les cordes vocales . . .	57
Norregaard. — Cloisonnement du conduit gauche . . .	590
— — Hémorragie grave après l'adénotomie et l'amygdalotomie . . .	591
Onodi. — Anatomie et physiologie des nerfs du larynx . . .	184
Ostmann. — Epreuves de l'audition dans l'otite moyenne avec perforation du tympan . . .	288
Pacinotti (G.). — Sur un cas de tumeur amyloïde du larynx . . .	77
Parmentier. — Sur l'existence d'une otite moyenne suppurative syphilitique dans la période secondaire . . .	368
Pontoppidan (F.). — L'extrait de capsule surrénale en rhinologie . . .	189
Redondo. — Nouvelle technique imaginée pour l'anesthésie chloroformique dans les opérations laryngées . . .	381
Richard (G. L.). — Empyème du sinus frontal : quelques réflexions sur le traitement de cette affection . . .	377
Röpke. — Sur l'évaluation de l'indemnité à attribuer par les compagnies dans les accidents survenus à l'appareil auditif . . .	287
Rousseaux. — Volumineux fibrome du larynx . . .	174
Sachs. — Abscès du cerveau à pneumo-bacilles . . .	367
Santalo (Ramirez). — Sur le traitement chirurgical des végétations de la laryngite tuberculeuse . . .	382
Schiffers. — Tumeur fibreuse du pharynx . . .	175
Schmielow (E.). — Tumeur de la trachée chez une femme de 54 ans . . .	57
Schmielow (E.). — Renseignements sur l'évolution du cancer chez un malade déjà présenté dans la séance du 24 avril . . .	58
Schmielow (E.). — Cas d'épithélioma du larynx chez un homme de 28 ans, opéré il y a 15 mois . . .	59
Schmielow (E.). — Tuberculose du larynx chez un homme de 62 ans . . .	61
Schmielow (E.). — Thrombose purulente du sinus . . .	589
Semon (Félix) — Quelques réflexions sur le traitement local des maladies des voies respiratoires supérieures . . .	289
Sonntag. — Présentation de 3 os temporaux intéressants au point de vue anatomique . . .	281
Sota y Lastra (Ramon de la). — Manuel théorique et pratique des maladies de la bouche et du pharynx . . .	73
Stella (De). — Les cellules mastoïdiennes aberrantes . . .	180
Strazza. — Un cas de coloration anormale de la muqueuse nasale simulant l'argyrose . . .	596
Stuart-Low. — La mucine comme topique dans certaines affections du nez, de la gorge et de l'oreille . . .	386
Titel. — Brûlure de l'oreille par un corps liquide . . .	282

	Pages
Urioll (M.) et J. Lartigau. — Hyperplasie du tissu lymphoïde du pharynx, notamment dans ses rapports avec la tuberculose primitive de l'amygdale pharyngée	387
Vilhelm et Jacques. — Un cas d'actynomycose à grains verts.	379
Voisin Roger. — Paralyse partielle du voile du palais d'origine traumatique	168
Walker (Downie). — Méthode pour éviter la buée sur le miroir laryngien, sans le secours de la chaleur	384
Weil. — Sinusite maxillaire	66
Yonge (Eugène). — Le traitement de l'ozène par l'électrolyse cuprique	294
Zwillinger. — Rhinite lépreuse.	183
— — Végétations adénoïdes et surdi-mutité	185

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages
Abcès de l'amygdale chez un enfant de 16 mois, par Vald Klein	61
Abcès cérébelleux par infection à travers le labyrinthe, par Arnold Knapp	369
Abcès cérébral otitique. Opération. Guérison, par Dench Edward	588
Abcès du cerveau d'origine nasale, par Herzberg	379
Abcès du cerveau à pneumo-bacilles, par Sachs	367
Abcès du lobe temporo-sphénoïdal sans lésion de l'oreille (deux cas d'), par D. B. Lees	202
Abcès otitique du cerveau. Trépanation, ouverture de l'abcès et drainage. Mort par extension de l'encéphalite et communication de l'abcès avec le ventricule latéral , par M. Grivot	579
Abcès sous-dural avec ostéo-myélite, par Labarre	171
Actinomycose à grains vert (un cas d'), par Vilhelm et Jacques	379
Adrénaline (1°). Sa valeur thérapeutique , par Gordon King (de la Nouvelle-Orléans).	11
Anatomie pathologique de la chaîne des osselets (contribution à l'), par V. Hammerschlag	373
Anesthésie chloroformique dans les opérations laryngées (nouvelle technique imaginée pour l'), par Redondo	331
Anesthésie locale du conduit auditif et de la membrane tympanique, par Haug	372
Angine à pneumo-bacille de Friedlander, par A. Descos	595
Angine à bacilles (les) de Friedlander, par Ch. Nicolle et A. Hébert	595
Appareil instrumental de Lermoyez et Mahu (une modification de l'), par Cheval	174
Ataxie laryngée chez un garçon de 15 ans, par Sophus Beutzen	60
Atrésie congénitale type, de la narine droite chez une femme, par Hanszel	65
Atrésie du larynx, suite de typhoïde, par Navratil	184
Auditif (Sur l'évaluation de l'indemnité à attribuer par les compagnies dans les accidents survenus à l'appareil), par Röpke	287
Audition (de l'amélioration des troubles de l'), suites d'otite supprimée , par B. Gomperz	297
Balle de revolver ayant pénétré entre l'apophyse mastoïde et la jugulaire, par G. Marini	367
Bougirage de la trompe d'Eustache à l'adrénaline, par Delsaux	179
Brûlure de l'oreille par un corps liquide, par Treitel	282

	Pages
Buée sur le miroir laryngien (méthode pour éviter la) sans le secours de la chaleur, par Downie Walker	384
Calcul tonsillaire, par Lipscher	185
Cancer (renseignements sur l'évolution du) chez un malade présenté dans la séance du 24 avril, par E. Schmiegelow . . .	58
Capsule surrénale (l'extrait de) en rhinologie, par F. Pontopidan	189
Carcinome de la langue radicalement opéré depuis 3 ans 1/2, par V. Navratil	183
Chirurgie nerveuse (l'état actuel de la), par A. Chipault . . .	592
Cholestéatome, par Fomka	184
Cholestéatome ayant ulcéré le cerveau et pénétré dans le ventricule latéral, par Haug	371
Chorée du larynx (un cas de), par James Francis	380
Chorée du larynx (un cas de) chez une hystérique atteinte de chorée à forme myoclonique, par Henri Caboché	327
Cloisonnement du conduit gauche, par Norregaard	590
Collapsus, arrêt brusque de la respiration, cyanose à la suite d'une adénotomie. Trachéotomie. Guérison, par Holger Mygind	189
Coloration anormale (un cas de) de la muqueuse nasale simulant l'argyrose, par Strazza	596
Corps étranger de l'œsophage, par Cheval	178
Corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires (Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques directes dans le cas de), par Gustave Killian	493
Curettage (le) de la caisse du tympan dans un but acoustique, par G. Gradenigo	370
Cylindrome du nez, par Béco	175
Décanulement difficile (un cas de), par don Ramon Castaneda	77
Diplacousie mono-auriculaire, par Berthold	371
Empyème frontal chronique (la méthode de Killian pour la cure radicale de l'), par H. Luc	497
Empyème du sinus frontal : quelques réflexions sur le traitement de cette affection, par Georges L. Richard	377
Empyème squamo-mastoidien d'origine scarlatineuse, par Ch. H. Burnett	368
Endothéliome du pavillon de l'oreille, par Brœckaert	173
Epilepsie d'origine nasale, par M. Lannois	17
Epilepsie réflexe d'un abcès latéro-pharyngien, par Blondiau .	178
Épithélioma intra-laryngien. Laryngectomie totale. Mort. par Pierre Cauzard et Paul Delobel	350
Épithélioma du larynx (cas d') chez un homme de 28 ans opéré il y a 15 mois, par E. Schmiegelow	59
Épithélioma (un cas d') de la marge de la paupière supérieure apparemment guéri par l'usage d'une solution d'adrénaline, par W. B. Marple	596
Épithélioma de l'oreille (procédé pour l'extirpation de l'), par Goris	177
Épithélioma de la région glosso-épiglottique, par Gottlieb Kiaer .	588
Ethmoïdite purulente (du traitement chirurgical de l') par J. Guisez	81
Evidement pétro-mastoidien (des pansements consécutifs à l'), par Georges Mahu	527
Fibrome (volumineux) du larynx, par Rousseaux	174

	Pages
Fibrome (énorme) mou naso-pharyngien avec une étude des différentes variétés de cette sorte de néoplasme, par Christian R. Holmes (de Cincinnati)	374
Fistule cervicale borgne externe, par Hennebert	173
Glycosurie consécutive à l'otite (contribution à l'étude de la), par Grunert	374
Hémorragie de la carotide (un cas d'), par Hermann	373
Hémorragie grave après l'adénotomie et l'amygdalotomie, par Norregaard	591
Hémorragie intralaryngée (un cas d') quasi mortelle due à un papillome du larynx, par Adolphe Bronner	384
Hernie cérébrale consécutive à une intervention pour une carie de la mastoïde, compliquée d'abcès périnasal et de thrombose du sinus latéral, par Gruening Emil	587
Hyperplasie du tissu lymphoïde du pharynx, notamment dans ses rapports avec la tuberculose primitive de l'amygdale pharyngée, par J. Lartigau et M. Urioll	387
Hypertrophie considérable du pavillon tubaire droit, par Hennebert	173
Hystérie laryngée de forme motrice, par Luciano Barajas	381
Infiltration gommeuse occupant le pharynx, le cartilage aryénoïde gauche et masquant en partie les cordes vocales, par K. Norregaard	57
Infiltration tuberculeuse de la moitié gauche de la paroi postérieure du pharynx, par Hennebert	173
Injecteur d'ampoules de Paillard, par Cheval	174
Injectons intra-tympanales d'iodipine dans la sclérose de l'oreille moyenne au début, par Delsaux	179
Intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte (traité de l'), par A. Bonain (de Brest).	67
Irrigations naso-pharyngiennes en position très déclive, tête en bas, par Laurent	177
Kyste suppuré paranasal d'origine dentaire. Ablation d'un séquestre. Guérison, par Paul Boursion (de Valenciennes)	364
Langue (ulcération tuberculeuse du bord de la), par Delsaux	173
Laryngectomie (sur la), par Cario Nasi	382
Larynx (anatomie et physiologie des nerfs du), par Onodi	184
Larynx perforé, par Capart	172
Leptoméningite consécutive à une mastoïdite de Bezold, par Capart	171
Lésions fœtales du labyrinthe dans un cas d'encéphalite hémorragique, par V. Haiké	372
Lipome pharyngien, par Cheval	172
Maladies de la bouche et du pharynx (manuel théorique et pratique des), par Ramon de la Sota y Lastra	73
Mastoïdienne (vaste ulcération de la peau), par Delsaux	173
Mastoïdiennes (les cellules) aberrantes, par de Stella	180
Mucine (la) comme topique dans certaines affections du nez, de la gorge et de l'oreille, par Stuart-Low	386
Nasale (complication) d'origine orbitaire, par Goris	172
Névrite auditive double, par diphtérie, par Eeman	178
Occlusion congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales. (étude clinique sur l'), par M. Boulay	74
Olfactométrie (rapport sur l'), par Capart fils	17
Oreille (traité des maladies de l') à l'usage des médecins et des étudiants, par Jacobson et Blau	289
Os temporaux intéressants au point de vue anatomique, par Sonntag	281

	Pages
Ostéomyélite de l'écaïlle du temporal, d'origine otique (résection crânienne pour), par Georges Laurens	21
Otite chronique et cholestéatome. Paralyse faciale. Mastoïdite de Berzold. Absès de la nuque et ostéite de l'occipital. Mort de méningite , par M. Grivot	47
Otite moyenne (traitement de l') par Sophus Beutzen	591
Otite moyenne (rapport sur le traitement de l'), par Bezold (de Munich)	283
Otite moyenne avec perforation du tympan (épreuves de l'audition dans l') par Ostmann (de Marbourg)	288
Otite moyenne aiguë (2^e rapport sur le traitement de l'), par Körner	284
Otite moyenne aiguë (le traitement précoce de l') prévient-il les complications? par E. L. Meierhof	569
Otite moyenne aiguë suppurée (Traitement de l') par (E. J. Moure	1
Otites moyennes purulentes (nouveau mode de pansement après les opérations radicales dans les) , par Eeman	178
Otite moyenne suppurative syphilitique dans la période secondaire (sur l'existence d'une) , par Parmentier	368
Ozène (de l'), par Grosskopf	187
Ozène (état actuel de la question de l'), par L. Grünwaldt (de Munich)	246
Ozène (sur la photothérapie dans l') par J. Dionisio	595
Ozène (le traitement de l') par l'électrolyse cuprique , par Yonge Eugène	294
Ozène (traitement de l') par la restauration des cornets à l'aide de la vaseline gaïoformée , par Broeckaert	182
Paraffine (injections de) par Broeckaert	172
Paralyse du voile du palais (sur un cas de) , par Macaud (de Rennes)	344
Paralyse partielle du voile du palais d'origine traumatique , par Roger Voisin	168
Parésie (fausse) du nerf laryngé supérieur , par Jörgen Möller	590
Périchondrite du larynx (un cas de) chez un diabétique , par Arthur Mutchinson	383
Pharyngienne (collection purulente rétro) , par Delsaux	173
Phlébite dans un angiome veineux , par O. Chiari	66
Phlegmons juxta-pharyngiens contribution à l'étude des) , par L. Bar (de Nice)	29
Pince pour les déviations du septum , par Labarre	175
Pince pour la trépanation du sinus maxillaire par la voie nasale , par Merckxy	175
Polype nasal , par Béco	175
Procidences combinées du sinus et de la dure-mère rendant impossible la trépanation mastoïdienne , par Georges Mahu	333
Pyémie otique (cas de) , par Sophus Beutzen	589
Réflexe cardiaque d'origine auriculaire , par Massier (de Nice)	358
Releveur du voile de Mahu légèrement modifié , par Delsaux	175
Rhinite lépreuse , par Zwillingier	183
Rhinotomie (de la) sous-labiale , par M. Galand	256
Sarcome du cornet inférieur droit chez une femme de 57 ans , par Gottlieb Kier	61
Sarcome angiomateux du larynx opéré par laryngofissure , par V. Navratil	183
Sarcome sous glottique enlevé à l'anse chaude par les voies naturelles , par J. W. Gleitsmann	598

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

611

	Pages
Séquestre du labyrinthe. Ablation, par Richard Lake	291
Seringue automatique pour les injections intratrachéales, par Delsaux	175
Sinus frontal (description abrégée de mon opération radicale sur le), par Gustave Killian	205
Sinusites (les complications oculo-orbitaires des), par F. de Lapersonne	217
Sinusite fronto-maxillaire, par Labarre	174
Sinusite maxillaire, par Karl Biehl	64
Sinusite maxillaire, par Weil	66
Sinusite maxillaire (traitement de la) par les lavages au nitrate d'argent, par Hennebert	180
Sinusites maxillaires (traitement opératoire des), par de Greift	181
Sinusites maxillaires et frontales (Indications et résultats du traitement des), par Marcel Lermoyez	389
Somnoforme, par Heyninx	180
Somnolence causée par une lésion de l'oreille, par Harland	292
Sourds (les) à l'école, par Hartmann	188
Sténose du larynx, suite de tuberculose, par Navratil	185
Structure de la région sous glottique (recherches histologiques sur la), par J. Nardi	597
Suppurations ethmoïdales et sphénoïdales (étiologie et diagnostic des), par L. Grünwaldt (de Munich).	210
Suppuration (la) suppuration du labyrinthe. Sa chirurgie, par M. Lermoyez	593
Surdité hystérique unilatérale datant de cinq ans chez une malade atteinte d'épilepsie jacksonnienne, par F. Chavanne (de Lyon)	39
Syphilis du larynx chez un tuberculeux, par Sophus Beutzen	63
Syphilis du pharynx, par du Castel	595
Thrombo-phlébite du sinus latéral; ligature de la jugulaire interne; guérison, par Cheval	172
Thrombo-phlébite suppurée des sinus caverneux d'origine otique, sans thrombo-phlébite du sinus latéral, par E. Lombard	251
Thrombose du sinus latéral (trois cas de) avec une guérison, par Hermann Knapp	587
Thrombose purulente du sinus, par E. Schmiegelow	589
Trompe d'Eustache (rapport sur la pathologie de la), par Labarre	176
Tuberculose laryngée (cas de) très améliorée par le traitement au phénosulfocinate de soude, par Vald Klein	58
Tuberculose du larynx, par Sophus Beutzen	62
Tuberculose du larynx chez un homme de 62 ans, par E. Schmiegelow	61
Tumeur amyloïde du larynx (sur un cas de), par G. Pacinotti	77
Tumeur de la trachée chez une femme de 54 ans, par E. Schmiegelow	57
Tumeur fibreuse du pharynx, par Schiffers	175
Tumeur maligne de l'épiglotte, par Baumgarten	185
Tumeur tuberculeuse du larynx, par A. Grönbech	61
Végétations adénoïdes et surdi-mutité, par Zwillinger	185
Végétations de la laryngite tuberculeuse (sur le traitement chirurgical des), par Ramirez Santalo	382
Ventricule de Morgagni (éversion du), par Delsaux	173
Voies respiratoires supérieures (quelques réflexions sur le traitement local des maladies des), par Félix Semon	289

*Société Savantes de
East page of cover*

JUL 17 1916

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIÈRE

Société Savantes

- Allanontology May 1902 p 283
Lunaticology 1901 p 587
Belgeology Lurgy June 1902 p 171
Berlinology? p 281
Laurieology Lur. Phil. Nov 1901 p 57
Feb. Mar. Apr. 1902 p 588
Hologroiseology Lur. Phil. Nov/01 p 183
Virenaology Lurgy Jan 1902 p 54